A SAÚDE NO BRASIL EM 2030

Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro

Organização e Gestão do Sistema de Saúde

Volume 3

A SAÚDE NO BRASIL EM 2030

Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro

Organização e Gestão do Sistema de Saúde

Volume 3

Revisão
Vera Maria Soares Abrão
Hellen Vieira Pontes

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação
Douglas Rodrigues da Silva — Ad Intra

Apoio técnico
Renata Macedo Pereira

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F981s Fundação Oswaldo Cruz
A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. volume 3 / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.] — Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.
272 p., : il. ; tab. ; graf. ; mapas

ISBN: 978-85-8110-004-3

1. Sistemas de Saúde-organização & administração. 2. Política de Saúde. 3. Financiamento em Saúde. 4. Perfil de Saúde. 5. Força de Trabalho. 6. Serviços de Saúde. 7. Estratégias. 8. Políticas de Controle Social. 9. Participação Comunitária. 10. Brasil. I. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. II. Ministério da Saúde. III. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. IV. Título.
CDD — 22.ed. — 362.10981

Fundação Oswaldo Cruz
Avenida Brasil, 4.365
Pavilhão Mourisco, Manguinhos
21040-900 — Rio de Janeiro, RJ
Tel. (21) 3885 1616
www.fiocruz.br

Equipe de Preparação

Coordenação Geral
Paulo Gadelha

Organização
José Carvalho de Noronha
Telma Ruth Pereira

Colaboradores

Ana Maria Costa
Graduação em Medicina, Doutora em Ciências da Saúde, atua na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e é Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

Assis Mafort Ouverney
Graduação em Economia, Mestre em Administração Pública, analista de gestão em saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Celia Regina Pierantoni
Graduação em Medicina, Doutora em Saúde Coletiva, professora associada do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde e Coordenadora Geral da Estação de Trabalho IMS/UERJ-ObservaRH.

Cristiani Vieira Machado
Graduação em Medicina, Doutora em Saúde Coletiva, Pós-Doutorado em Ciência Política, professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

José Carvalho de Noronha
Graduação em Medicina, Doutor em Saúde Coletiva, médico da Fundação Oswaldo Cruz, onde coordena a iniciativa de Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro para 2030 e é consultor do PROQUALIS, Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado em Saúde e Segurança do Paciente (FIOCRUZ).

Luciana Dias de Lima
Graduação em Medicina, Doutora em Saúde Coletiva, é pesquisadora adjunta e Chefe do Serviço de Pesquisa do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública no âmbito do mestrado e doutorado, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz.

Mario Roberto Dal Poz
Graduação em Medicina, Doutor em Saúde Pública, Professor Adjunto do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e editor-chefe do periódico Human Resources for Health [http://www.human-resources-health.com/].

Natália Aurélio Vieira
Graduação em Ciências Políticas, Mestre em Ciência Política, analista em Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

Sábado Girardi
Graduação em Medicina, Doutorando em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, é Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva- NESCON/ UFMG e Membro do Grupo de Especialistas da Organização Mundial-OMS para Aumento do Acesso aos Trabalhadores de Saúde em Áreas Remotas (Expert Group on Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention).

Telma Ruth Pereira
Graduação em Medicina, sanitarista com experiência na área de Saúde Coletiva, consultora do Projeto "Saúde Brasil 2030, conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz.

Sumário

Prefácio

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em sua condição de instituição pública estratégica para a Saúde, é agente da dinâmica do desenvolvimento do Estado brasileiro e assim se apresenta ao governo e à sociedade. Essa dimensão estratégica é referência para seu planejamento, sua inserção nas políticas governamentais e seus compromissos com a sociedade.

Este livro é fruto do projeto Saúde Brasil 2030, desenvolvido no bojo do acordo de cooperação técnica assinado pela Fiocruz com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e de convênio pactuado com o Ministério da Saúde. O projeto Saúde Brasil 2030 tem como principal objetivo a constituição de uma rede permanente de prospectiva estratégica no campo da saúde. Os textos resultantes dessa iniciativa, aqui apresentados em sua versão integral, especulam sobre a probabilidade de futuros para a Saúde em 2030, com referência ao ano de 2022, quando se comemora o bicentenário da Independência do Brasil.

Diante dos desafios que o futuro traz, cabe ao Estado articular e induzir políticas econômicas e sociais, no interesse do desenvolvimento com equidade, fomentando o acesso e a inclusão de camadas excluídas, expandindo e assegurando direitos sociais às parcelas significativas da população ainda marginalizadas e sem os ganhos advindos do progresso e da riqueza.

O setor Saúde contribui de forma crescente para o dinamismo econômico das sociedades, e sua integração com outros setores, como Ciência e Tecnologia, Educação, Comércio Exterior e Política Industrial, entre outros, pode influir decisivamente no modelo de desenvolvimento de nosso país.

É imperioso planejar em prazos mais longos, dada a complexidade do setor Saúde e dos nítidos processos de transformação e inovação em curso nas suas diversas áreas de atuação. Não se trata apenas de criar imagens de futuro, mas, especialmente, de auxiliar na gestão estratégica, mediante diretrizes para o alinhamento das ações com um cenário de futuro desejável para nosso país.

Os textos aqui apresentados são o ponto de partida do esforço prospectivo, e não seu resultado. São lançados a debate público por especialistas a partir de sua conclusão. Com isso a Fiocruz contribui para a formulação de políticas públicas em saúde, educação, ciência e tecnologia e inovação em saúde, reafirmando sua posição na defesa e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por seu desenvolvimento e alcance de padrão sustentável, assegurando a realização plena de seus princípios e possibilitando as necessárias conquistas sociossanitárias.

Paulo Gadelha
Presidente da Fiocruz

Apresentação

Neste volume são tratados temas relacionados à **Organização e Gestão do Sistema de Saúde**, assinalando-se os princípios do sistema de saúde brasileiro. Inicialmente, aborda-se a gestão do nível federal do sistema (administração direta, agências reguladoras, fundações nacionais, empresas públicas nacionais) na condução da política nacional e na gestão do sistema de saúde no Brasil, com o propósito de identificar os principais desafios para a reconfiguração estratégica da atuação do Executivo federal na saúde nas próximas décadas. No capítulo "A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil", são examinados os mecanismos de coordenação federativa adotados na política de saúde brasileira. Considerados o marco regulatório, as estruturas e instrumentos de pactuação e gestão intergovernamental e o modelo de transferências intergovernamentais no financiamento do SUS, são apresentadas propostas para o aprimoramento de sua coordenação federativa nos próximos vinte anos segundo cada um desses três eixos. No capítulo "Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais", são explorados os arranjos na diversidade territorial brasileira diante das mudanças demográficas e epidemiológicas projetadas e a modelagem de soluções integradoras horizontais e verticais. O fomento e a instituição de estratégias de integração, tanto no âmbito sistêmico quanto no de ações e serviços, são considerados condições para se ampliar o desempenho do sistema de saúde em termos de acesso, equidade, eficiência econômica, eficácia clínica e sanitária e, consequentemente, a satisfação dos usuários. No artigo "Formação, Mercado de Trabalho e Regulação da Força de Trabalho em Saúde no Brasil", explora-se um conjunto de temas que envolvem a evolução do mercado de trabalho em saúde e desenvolvimento social, a formação e qualificação para o trabalho em saúde e profissões e regulação profissional. E, finalmente, no capítulo "Participação e controle social" analisam-se a participação social institucionalizada em conselhos e conferências de Saúde ao longo dos 22 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os desafios para os próximos vinte anos está o de não reproduzir a "paralisia hiperativa", ou seja, a pletora de demandas geradas pela priorização de interesses de cunho "paroquial e particularista" que, em detrimento dos temas nacionais, obstrui a capacidade de representação e vocalização de projetos necessária ao delineamento de rumos claros para a consolidação do SUS como expressão institucional da efetivação do direito à saúde.

O esforço inicial do projeto Saúde Brasil 2030 consistiu em percorrer os temas mais relevantes para o desenho de horizontes futuros do sistema de prestação de cuidados à saúde no Brasil, tendo como ano de referência 2030. Nesta primeira

etapa, esses temas foram organizados em blocos e, para cada um deles, identificados com base no conhecimento já produzido e acumulado os elementos essenciais que os compõem e que permitem o desenvolvimento do exercício prospectivo, bem como as lacunas de conhecimento a serem preenchidas. O produto desta etapa é publicado e divulgado para debate público, orientando a conformação de redes de conhecimento que serão constituídas para as etapas subsequentes do projeto.

Adotou-se como metodologia a chamada prospecção estratégica, que teve suas origens, nos anos 1980, no campo da administração e foi empregada, posteriormente, no domínio das políticas públicas (HABEGGER, 2010).1 Para esse autor, a prospecção estratégica pode ser definida como uma tentativa deliberada de alargar as "fronteiras da percepção" e expandir a capacidade de atenção em relação a temas e situações emergentes.

A prospecção estratégica, de acordo com Habegger, citando uma proposta de Müller, integra as perspectivas, procedimentos e ferramentas tanto das pesquisas de tendências quanto dos estudos de futuros. De um lado, a pesquisa de tendências lida com a detecção precoce e interpretação nos campos econômico, político, social e tecnológico e objetiva avaliar o impacto das mudanças tanto na sociedade como nos indivíduos. Os estudos de futuro, por outro lado, capturam e antecipam desenvolvimentos futuros nesses domínios, de modo a gerar visões de como a sociedade evolui e das opções de políticas que estão disponíveis para se modelar um futuro desejado.

Para Habegger, o processo de prospecção estratégica pode ser conceituado e implementado de várias maneiras, mas a maioria dos estudiosos segue uma lógica bastante semelhante que divide tal processo em três fases:

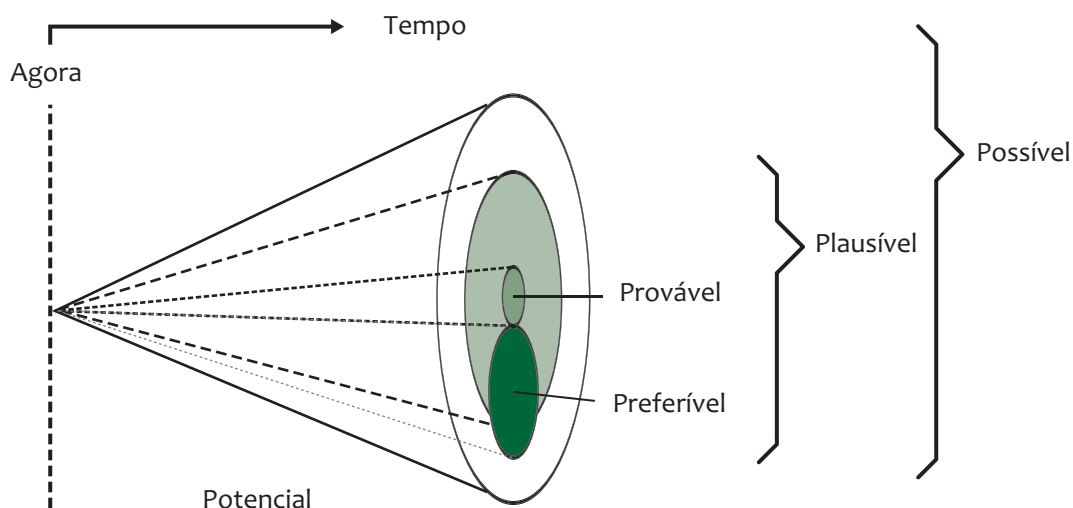
- a detecção precoce e a análise da informação;
- a geração de conhecimento prospectivo;
- o desenvolvimento das opções (de políticas) futuras.

A primeira fase envolve a identificação e o monitoramento contínuo dos temas, tendências, desenvolvimento e mudanças dos processos em estudo. A segunda fase implica a avaliação e entendimento dos desafios para a implementação das diferentes políticas. E a terceira assenta-se na formulação dos futuros desejados e das ações políticas necessárias para alcançá-los. Isso implica explorar diversos "futuros" ou cenários alternativos.

Neste contexto prospectivo, assumimos três cenários alternativos:

- cenário desejável e possível;
- cenário inercial e provável;
- cenário pessimista e plausível.

Impôs-se às categorias de "futuros" desejáveis a condição de possibilidade, isto é, a capacidade de concretização no horizonte temporal contemplado. Este esquema (Figura 1), em que os horizontes possíveis foram estabelecidos apenas como diretrizes de políticas desejáveis, é inspirado por Voros.

Figura 01. Cone de "Futuros"

Fonte: Voros, J. A generic foresight process framework, Foresight 5 (3) (2003) 10-21, citado por Habegger B. Strategic foresight in public policy: Reviewing the experiences of the UK, Singapore, and the Netherlands. Futures 42 (2010) 49-58.

Nos estudos procurou-se especular, com razoável fundamentação, sobre a probabilidade desses futuros. Consistem em textos de partida para o esforço prospectivo, e não o seu resultado. Devem ser considerados, assim, como termos de referência em torno dos quais se prolongará a prospecção estratégica para cada um dos domínios abordados, através da constituição de uma rede de conhecimento para ampliação e amplificação do debate e dos estudos futuros que serão desencadeados a partir desta aventura inicial.

O volume 1, **Desenvolvimento, Estado e Políticas de Saúde,** objetiva desenhar um pano de fundo para os outros capítulos diretamente voltados para a questão da saúde. Abrange os seguintes temas: cenários de desenvolvimento para 2022-2030, os eixos para o desenvolvimento do país, a saúde na política nacional de desenvolvimento, a gestão pública no Século XXI, e o Brasil na arena internacional como nação soberana e cooperativa.

O volume 2, **População e Perfil Sanitário**, analisa os determinantes sociais, econômicos e ambientais da Saúde, abordando o cenário sociodemográfico em 2022 e 2030, a distribuição territorial da população, traçando um diagnóstico do comportamento atual dos fenômenos demográficos no país e refletindo a respeito

das tendências futuras desses processos. Examina-se, ainda, o perfil epidemiológico no horizonte temporal proposto, assinalando-se os problemas de saúde que vêm se agravando, como a violência, a dengue, o diabetes, a obesidade, ao lado das doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias que configuram riscos sanitários para o país no futuro próximo.

O volume 4, **Estrutura do Financiamento e do Gasto Setorial**, apresenta artigos que abordam os problemas e perspectivas do financiamento da Saúde no Brasil, bem como as estruturas do financiamento e do gasto setorial, o papel do financiamento público e privado na prestação dos serviços de saúde, suas repercussões sobre a oferta de serviços e os modos de pagamento e compra de serviços.

O Volume 5, **Desenvolvimento Produtivo e Complexo da Saúde,** compõe-se de cinco artigos: “A Dinâmica de Inovação e a Perspectiva do CEIS para a Sustentabilidade Estrutural do Sistema de Saúde Brasileiro”; “Indústrias de base Química e Biotecnológica voltadas para a Saúde no Brasil: Panorama atual e Perspectivas para 2030”; “O Subsistema de base Mecânica, Eletrônica e de Materiais do Complexo Econômico Industrial da Saúde: Perspectivas para 2022/2030”; “Análise do Subsistema de Serviços em Saúde na dinâmica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde” e “Infraestrutura Científica e Tecnológica para Apoio ao CEIS — Segmento Biofarmacêutico”.

José Carvalho de Noronha

Organização e Gestão do Sistema de Saúde

Princípios do Sistema de Saúde Brasileiro

PRINCÍPIOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

José Carvalho de Noronha
Telma Ruth Pereira

Egresso das sombras que cobriram o país em 1964 e amparado, como disse Ulysses Guimarães (GUIMARÃES, 1988), no discurso por ocasião da promulgação da Constituição Federal, pelo “representativo e oxigenado sopro de gente, de rua, de praça, de favela, de fábrica, de trabalhadores, de cozinheiros, de menores carentes, de índios, de posseiros, de empresários, de estudantes, de aposentados” o Brasil trafegou em direção à democracia política na década de 1980.

A abertura da sociedade para o debate ampliado de suas opções de desenvolvimento e os avanços institucionais promovidos pela Constituição Federal de 1988, sobretudo na área social, como foi o caso da Seguridade Social, introduziram, no dizer de Ulysses Guimarães “o homem no Estado, fazendo-o credor de direitos e serviços, cobráveis inclusive com o mandado de injunção. (...) A Constituição é caracteristicamente o estatuto do homem” (GUIMARÃES, 1988).

Assim, a Constituição Federal de 1988, marco da redemocratização do país, estabeleceu garantias fundamentais a todo cidadão, institucionalizando seus direitos. E é nela que se encontra a base do sistema de saúde brasileiro, no Título VIII da Ordem Social que integra conceitualmente, sob a denominação de Seguridade Social, o conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, como expresso no art. 194 (BRASIL, 1988). Como Ulysses lembrou em seu discurso, naquela ocasião, “o Brasil é o quinto país a implantar o instituto moderno da seguridade, com a integração de ações relativas à saúde, à previdência e à assistência social, assim como a universalidade dos benefícios para os que contribuam ou não (...)” (GUIMARÃES, 1988).

Os pilares desse instituto já se anunciam no Art. 3º, que define os objetivos fundamentais da República: I — construir uma sociedade livre, justa e solidária; II — garantir o desenvolvimento nacional; III — erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV — promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. E, ainda, no Título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais), artigo

5º — "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, (...)" (BRASIL, 1988). Os direitos sociais são descritos e assegurados no artigo 6º — "São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (BRASIL, 1988).

Direito e Justiça são, assim, os conceitos que presidem o campo da saúde em nosso país.

Signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral da ONU pela Resolução 217-A, de 10 de dezembro de 1948, o Brasil se posicionou além do texto que consagra a saúde como direito fundamental da humanidade. Naquela Declaração, que tem apenas valor moral e não o caráter vinculante do sistema legal internacional segundo Dallari (DALLARI, [200-?]) o direito à saúde é reconhecido como resultado do direito a um nível de vida que resulte em bem-estar.

> *Artigo 25 — 1. "Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade".* (ONU, 1948)

É no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, aprovado pela Assembleia Geral, através da resolução 2200 A (XXI), de 16 de Dezembro de 1966, que o direito à saúde torna-se mais explícito:

> *Art. 12 — 1. Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa ao desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental.*
>
> *2. As medidas que os Estados Partes no presente Pacto tomarem com vista a assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para assegurar:*
>
> *a) A diminuição da mortinatalidade e da mortalidade infantil, bem como o são desenvolvimento da criança;*
>
> *b) O melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial;*

> *c) A profilaxia, tratamento e controle das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras;*
>
> *d) A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença" (ONU, 1966).*

Embora a saúde esteja associada ao nível de vida, a concepção traz embutida a visão formulada pela Organização Mundial de Saúde em 1946: *"A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças"* (WHO, 1946). A Constituição Brasileira, em seu art. 196, a reafirma de modo mais abrangente: *"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."* (BRASIL, 1988). É um artigo programático, não impositivo, sempre permanente. Trata-se de um princípio de justiça normativa que quer ser aplicada e torna-se referencial como uma política de direitos.

O conceito de justiça subjacente ao conceito de saúde como proteção social também está presente no artigo 3º do texto constitucional, ao garantir uma sociedade livre, justa e solidária, com redução das desigualdades sociais e regionais e no artigo 5º que assinala a igualdade de todos perante a lei. Afirma-se, assim, o princípio da equidade.

O enunciado deste princípio considera haver diferenças sociais entre os cidadãos, fruto de desigualdades construídas histórica e politicamente que devem ser vencidas. Tem sido consenso na literatura os modos como essas desigualdades se refletem na área da saúde: na cobertura, no acesso, na distribuição dos recursos de saúde (físicos e financeiros) e no uso dos serviços (VIANNA, 2001, TRAVASSOS ET al., 2006, CASTRO, 2006).

O artigo 196 considera três aspectos: a relação direito e dever; a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas; e o acesso universal e igualitário.

O direito à saúde e à justiça social configura-se como um dos direitos sociais garantidos na Constituição Federal, um direito público subjetivo e um impostergável dever do Estado.

> *O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular — e implementar — políticas sociais e econômicas que visem garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta*

> *Política — que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado Brasileiro — não pode converter-se em promessa institucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever por um gesto de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado* (MELLO, 2000, apud TENÓRIO, 2008).

O segundo aspecto encontra-se no fundamento das políticas públicas em saúde voltadas para o reconhecimento da determinação social da saúde, o que implica em considerar os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais que atuam sobre a saúde. Esse conceito foi, de certa forma, adotado pela OMS em seu relatório "Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde" (WHO, 2011). Nesse modelo, são considerados os determinantes estruturais que compreendem a distribuição de renda, o preconceito baseado em valores relativos a gênero e etnia, e os determinantes intermediários expressos nas condições de vida, nos aspectos psicossociais, nos elementos comportamentais e/ou biológicos e no próprio sistema de saúde.

A universalidade da saúde evidenciada no artigo 194 é reforçada no art. 196, quando explicita a garantia do "acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

Com a universalidade, o sistema de saúde brasileiro prescreve o rompimento do padrão anterior de políticas públicas segmentadas, para que se torne público, universal, e igualitário, e se realize como uma política inclusiva.

Originada de uma concepção de Estado de bem-estar social, a Seguridade Social tem fixados como seus objetivos, no art. 194, § único:

> *(i) universalidade da cobertura e do atendimento; (ii) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; (iii) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; (iv) irredutibilidade do valor dos benefícios; (v) equidade na forma de participação no custeio; (vii) diversidade da base de financiamento; e (vii) caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados* (BRASIL, 1988).

Outras disposições sobre a seguridade social dizem respeito à definição de contribuições específicas para seu financiamento. Em primeiro lugar, que ela:

será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I — do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II — do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social;

III — sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV — do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar. (BRASIL, 1988, art. 195)

Para Werneck Vianna, a Constituição "estabelece um sistema universal de seguridade social, universal e integrado, o que tem implicações simbólicas e práticas. (...) as implicações simbólicas podem ser resumidas na vinculação da proteção social ao conceito de cidadania positivada; as implicações práticas decorrem do princípio do financiamento compartilhado de benefícios contributivos e não contributivos." (WERNECK VIANNA, 2009).

As diretrizes para a organização do sistema de saúde são fixadas no artigo 198:

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I — descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II — atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais [e];

III — participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

A descentralização na saúde tem sido objeto de inúmeras análises (TOBAR, 1991, WAGNER, 2006, BERENGER, 1996), e traz consigo os conceitos de redistribuição

do poder e separação entre as competências das administrações federal, estaduais e municipais. A ideia inicial de um pacto federativo entre os diferentes níveis de governo com papéis claramente identificados na gestão do SUS tem sido objeto de críticas em função do esvaziamento da atuação dos governos estaduais e o privilégio dado à municipalização (CORDEIRO, 2001). No entanto, houve, sem dúvida, grandes avanços quanto à transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para estados e municípios e com o estabelecimento de fóruns de negociação entre poderes, as comissões intergestores tripartites e bipartites (LEVCOVITZ ET AL., 2001, VIANA e LIMA, 2011).

A ideia plasmada de que as ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único e integrado em uma rede regionalizada e hierarquizada, traz consigo uma noção que transcende a verticalidade formal jurídico-administrativa de cada poder responsável pelo cuidado à saúde. As disputas políticas devem enfrentar o conceito de solidariedade e pactuação, respeitando a autonomia de cada poder da federação. Como bem observou Milton Santos:

> *O território, hoje, pode ser formado de lugares contíguos e de lugares em rede: São, todavia, os mesmos lugares que formam redes e que formam o espaço banal. São os mesmos lugares, os mesmos pontos, mas contendo simultaneamente funcionalidades diferentes, quiçá divergentes ou opostas. Esse acontecer simultâneo, tornado possível graças aos milagres da ciência, cria novas solidariedades: a possibilidade de um acontecer solidário, malgrado todas as formas de diferença, entre pessoas, entre lugares.* (SANTOS, 2005)

Esse “acontecer solidário” se constitui em um dos grandes impasses na questão da regionalização, uma vez que mobiliza poderes, interesses e divergências políticas entre os níveis de governo.

E, embora prevista no texto constitucional, é apenas a partir de 2001 que a regionalização da saúde começa a tomar corpo com a instituição da primeira Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002), caracterizando-se, posteriormente, em 2006, como diretriz organizativa do Pacto pela Saúde. No Programa Mais Saúde: Direito de Todos: 2008-2011 (BRASIL, 2007), o Ministério da Saúde institui os Territórios Integrados de Atenção à Saúde — TEIAS, como modelo de organização de redes de atenção à saúde, consoante os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Mais recentemente, o Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), adota o conceito de região de saúde como o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2001).

Esses sucessivos esforços para a regulamentação de redes regionalizadas estabelecem um conjunto de instrumentos de planejamento, coordenação e regulação como: Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI), câmaras técnicas, comissões regionais, entre outros.

Porém, muito além de técnicas e instrumentos, “a regionalização deve ser encarada como um processo de pactuação política no âmbito de planejamento territorial e nacional entre entes federados — não necessariamente contíguos territorialmente, porém solidários organizacionalmente pelos usos do território (fixos e fluxos dinamizados por racionalidades diversas)” (VIANA, 2008). E é este o objetivo do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, previsto no Decreto 7.508/2011, um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos visando organizar e integrar as ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, assinalando responsabilidades, recursos, formas de avaliação de desempenho. Um sistema de saúde cooperativo, construído com base em relações colaborativas entre os entes federados e com ações coordenadas em prol da otimização dos recursos disponíveis e tendo como objetivo final garantir o acesso e a integralidade da atenção e promover a equidade.

A Lei n.º 8.080/1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde, retoma preceitos constitucionais da reforma sanitária democrática dos anos 80, apesar de circunscrever os dispositivos relativos às ações e serviços de saúde apenas àqueles financiados pelo poder público (SUS) (BRASIL, 1990). O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que a regulamenta, enfatiza os aspectos críticos de funcionamento do SUS, como a organização do SUS, a relação entre os gestores e a questão dos medicamentos.

Desde a promulgação da Constituição Federal, muitos foram os avanços do Sistema Único de Saúde, expressos na melhoria das condições de saúde da população e na cobertura dos serviços de saúde. Entretanto alguns impasses deverão ser enfrentados, sobretudo nos aspectos relativos ao financiamento setorial e às relações entre o público e o privado.

Um dos aspectos fundamentais estabelecidos na Constituição de 1988 foi a definição clara de uma base específica de contribuições para financiamento da Seguridade Social mencionada anteriormente. Contudo a década de 1990 assistirá ao início das tentativas de impor ao país uma “contrarreforma sanitária”, aprofundando uma subtração de recursos da saúde que reduzirá significativamente a política de incremento de gastos em meados dos anos 80, quando se reduzem as transferências da Previdência para a Saúde.

A criação, em 1994, do Fundo Social de Emergência (FSE) (EC nº10) retirará parte substantiva dos recursos disponíveis para os gastos sociais da União, consolidando a drástica redução dos ganhos proporcionados pela Constituição de 1988.

Em 1996, após a interrupção das transferências de recursos para a Saúde por parte da Previdência Social, a questão do financiamento retorna como questão essencial para uma política igualitária e universalista de saúde. Recursos para investimento para recuperação de uma rede sucateada pelo subfinanciamento são buscados através de fontes externas. É aprovada uma nova fonte de receita para a Seguridade Social, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira — CPMF, logo onerada, como as demais fontes, pelo Fundo de Estabilização Fiscal (nova denominação do FSE), que depois se transformará na Desvinculação de Receitas da União, a DRU (BRASIL, 2007).

O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Art. 55) havia fixado em trinta por cento, no mínimo, a proporção do orçamento da Seguridade Social a ser destinada ao setor saúde (BRASIL, 1988). Pretendeu-se, além de fixar em definitivo aquele percentual da receita das contribuições sociais, vincular parte da receita de estados e municípios à saúde, à semelhança da educação, através da Proposta de Emenda Constitucional 169/93. Apenas em 2000 é retomada uma modificação da proposta, finalmente aprovada, a Emenda Constitucional n.º 29/2000 (BRASIL, 2000), que manteve a vinculação das receitas de estados e municípios em 12 e 15 por cento respectivamente, mas rompeu a dedicação dos trinta por cento das contribuições sociais à Saúde, fixando apenas o seu crescimento a variações do Produto Interno Bruto — PIB. Se essa emenda, por um lado, permitiu uma estabilidade de receita, por outro quebrou de vez a ideia de financiamento solidário da seguridade e dificultou acréscimos superiores à variação do PIB. Essa não é uma questão menor, pois, desde 1994, com a criação do FSE, já haviam sido subtraídos da Seguridade 20% de sua arrecadação, que se mantiveram permanentes sob a forma de DRU, recursos em quase sua totalidade destinados ao pagamento dos encargos financeiros da União. Em 2007, a situação é agravada com a extinção da CPMF. Em 2011 é aprovada a Lei 141 que regulamenta a EC 29, registrando o que deve ser considerado como despesas em ações e serviços de saúde, sem estabelecer fontes adicionais de contribuição (BRASIL, 2012).

Um ponto talvez mais relevante para a elaboração de propostas de correção de rumo do financiamento das ações e serviços de saúde no país situa-se na esfera da justiça tributária. A carga tributária no Brasil incide exageradamente sobre a folha de salários e sobre o consumo e poupa a tributação da renda, e, por conta da predominância dos tributos indiretos, atinge com mais intensidade os decis de renda familiar mais baixa (IPEA, 2012). A progressividade que poderia ser obtida por meio dos impostos sobre a renda é bastante limitada no Brasil, em função do pequeno número de alíquotas (4) e do percentual de incidência da alíquota máxima (27,5%).

Ainda há gastos que dizem respeito à justiça tributária e não são contabilizados no gasto total com saúde. São conhecidos como subsídios ou renúncia fiscal, isenções e abatimentos. Um dos tipos de subsídio são as desonerações fiscais, os

gastos públicos indiretos, assim denominados por serem contabilizados como gastos públicos sem terem sido realizados pelo Estado, mas por ente privado, como os gastos que permitem dedução do valor do tributo a pagar por empresas e famílias, ou mesmo descontos tributários, sob o argumento de beneficiar determinados setores. O fato é que esse tipo de gasto diminui o montante arrecadado pelo Estado, ou seja, reduz a carga tributária e, portanto, o que seria a receita pública caso não existisse. Assim, deveria ser profundamente analisado para se avaliar se o benefício gerado corresponde ao recurso que se perde.

Outra análise do financiamento do setor Saúde diz respeito ao peso do gasto com saúde realizado pelas famílias sobre suas rendas. Esse tipo de gasto, conhecido como gasto privado direto ou desembolso com saúde, é comumente voltado para a compra de medicamentos, consultas, exames, internações e tratamento. Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE) mostram que o gasto privado direto com saúde representou quase 7,2% do orçamento familiar, sendo o quarto item entre os maiores gastos, após habitação, alimentação e transporte (IBGE, 2010).

A estrutura do sistema de saúde brasileiro apresenta muitas e antigas sobreposições público-privadas. A segmentação do sistema se dá de forma institucionalizada, e muitas vezes a interferência do setor privado sobre o interesse público se dá na contramão da universalidade e da equidade no atendimento, com decisões governamentais que promovem incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto na prestação de serviços quanto na gestão privada da assistência, paralela à ampliação da cobertura pública.

São necessários atores estratégicos para o sucesso na implantação de uma política de saúde que faça cumprir a universalidade e equidade inscritas no texto constitucional. Mas, já há algum tempo, os atores estratégicos nesse processo não têm sido nem a classe trabalhadora organizada (que demanda planos privados e os trata como objeto de negociação trabalhista entre sindicatos e as grandes empresas industriais), nem os profissionais da saúde (que buscam aumentar a produção destinada ao demandante que paga o maior preço, portanto não o SUS, mas os planos privados). Os próprios servidores públicos, tanto civis como militares, e seus dependentes têm assistência exclusiva para eles e em parte financiada com recursos públicos, o que constitui um empecilho a qualquer melhora do SUS, pois enquanto estiverem protegidos de outra forma, toda sua atuação em prol desse sistema se daria por ideologia, compaixão ou amor ao trabalho, mas não por ser o sistema que queiram usar para si ou para os seus. Esses atores fazem parte da nossa sociedade, e sua ambiguidade em relação à universalidade na proteção social nada mais é que o espelho da segmentação da sociedade brasileira.

A política de saúde deveria ser reorientada para interferir em prol de uma proteção social que defenda os interesses públicos, baseada em princípios

solidários. Para isso é preciso uma política que proteja os objetivos do SUS, mesmo que mantendo híbrido o sistema de saúde brasileiro, mas tornando-o mais voltado para as necessidades de uma proteção social solidária e menos desigual. Certamente o ponto central está em simultaneamente avançar na redução da injustiça fiscal e propiciar o aumento de recursos públicos para o financiamento das ações e serviços de saúde e regular de forma mais efetiva as relações entre o SUS e o segmento de serviços privados, em particular o de seguros e planos de saúde.

Na promoção de maior justiça fiscal, há propostas direcionadas a um aumento do número de alíquotas do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), com a criação de alíquotas de tributação mais elevadas coerentes com o padrão internacional, bem como a limitação das isenções à saúde para cobertura de danos catastróficos. Talvez a imposição de um teto, à semelhança da dedução dos gastos com educação, fosse uma solução de transição aceitável.

Também é relevante discutir a questão do "rendimento do trabalho com outras vestes", que constitui uma fonte importante de elisão fiscal por parte das empresas (SOARES et al., 2009). Os planos de saúde coletivos correspondem a esses casos e constituem-se em uma fonte importante de salário indireto. Pode ser necessário, como ocorre em muitos países, imputar essas rendas à renda tributável ou criar um imposto específico para tributar esse tipo de renda.

Outras sugestões de caráter mais geral também são abordadas, como a progressividade na taxação do lucro presumido (maior aproximação entre o IRPF e o Imposto de Renda de Pessoa Jurídica) e na tributação progressiva da renda do capital (SOARES et al., 2009).

Um grande desafio consiste em repor os compromissos da União no financiamento setorial. Há um debate recorrente, seja sobre a criação de tributo adicional com destinação específica, seja sobre a vinculação, à semelhança dos estados e municípios, de uma parcela da receita da União para as ações e serviços de saúde. Foi recomendação do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social o cumprimento do mandamento constitucional da integridade da Seguridade Social, com a garantia da vinculação e diversidade de fontes. Este poderia ser o caminho mais curto e melhor, com aumento progressivo de sua destinação para a saúde, mediante a redução dos gravames sobre as contribuições da seguridade da desvinculação das receitas da União, de forma a atingir os 30% originais (BRASIL, 2011).

Poder-se-ia ainda cogitar da criação de um imposto sobre os prêmios de planos de saúde acima de determinado valor. Estimando-se que cerca de quatro milhões de pessoas estariam pagando prêmios anuais da ordem de R$ 6.000,00 por ano, teríamos recursos da ordem de 24 bilhões de reais para serem tributados. Uma alíquota de 5% injetaria 1,2 bilhões nos sistema público.

Na busca de um aumento da eficiência dos gastos, outra dimensão importante a ser enfrentada é a necessária integração das redes assistenciais e dos próprios modelos assistenciais. Torna-se imprescindível que não haja diferenciação na qualidade do atendimento às necessidades de cuidados da população coberta por planos de saúde e daquela não coberta e que o acesso, presteza e uso sejam definidos pelas necessidades dos usuários, e não pela sua capacidade de pagamento. Também, que a lógica organizacional dos prestadores seja integrada, de forma a evitar duplicação e desperdício.

Por toda a parte há um debate crescente em torno do estabelecimento de redes assistenciais integradas, tanto horizontais (em um espaço territorial definido) como verticais (entre os diversos níveis de complexidade dos serviços prestados). A utilização universal de identificadores únicos para serviços de saúde, como deveria ser a implantação do cartão nacional de saúde, facilitaria essa integração e contribuiria para simultaneamente aumentar a eficiência dos gastos e a qualidade dos cuidados prestados. Simplificaria para os prestadores os mecanismos burocráticos de compensação financeira pelos serviços prestados e lhes facilitaria a não discriminação por capacidade de pagamento. O Ministério da Saúde e a Agencia Nacional de Saúde Suplementar deverão estar atentos para desempenhar mais intensamente papéis integradores que deem conta desses desafios.

É urgente garantir princípio da universalidade da cobertura e do atendimento da Seguridade Social em todos seus componentes. Isso passa pela recomposição do seu orçamento integrado e aumento da parcela da Saúde, de acordo com os preceitos constitucionais vigentes à época da Constituição de 88.

Lembrando Bobbio:

> *o problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, qual é a sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados.* (BOBBIO, 1992).

1 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERENGER, M. M. **Descentralização ou Desconcentração**: AIS -SUDS –SUS. 1996. 79f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) — Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. 1996. Disponível em http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8090/000065512.pdf?sequence=1. Acesso em: 25 mar 2013.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro, Campus, 1992. Pag. 25

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mais Saúde:** direito de todos — 2008-2011. 5. ed. Brasília, 2007. 128 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/pacsaude/programa.php>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Norma Operacional da Assistência à Saúde:** Portaria GM / MS 373* (27 de fevereiro de 2002). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 10/01/2013.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990:** dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011:** regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000:** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2000.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012:** regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CONSELHO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Indicadores de iniquidade do Sistema Tributário Nacional:** relatório de observação nº 2. 2. ed. Brasília, DF: CDES, 2011.

CASTRO, M.S.M. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 987-998, 2006.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em http://www.scielosp.org/pdf/csc/v6n2/7005.pdf. Acesso em: 20 mar 2013.

DALLARI, S. G. DIREITO SANITÁRIO. [200-?] Disponível em http://gesan.ndsr.org/docmanualespecializacao03DireitoSanitario.pdf. Acesso em: 16 fev 2013.

GUIMARÃES, U. Discurso proferido na sessão de 5 de outubro de 1988 publicado no DANC de 5 de outubro de 1988, p. 14380-14382. Disponível em: http://apache.camara.gov.br/portal/arquivos/Camara/internet/plenario/discursos/escrevendohistoria/constituinte-1987-1988/pdf/Ulysses%20Guimaraes%20-%20DISCURSO%20%20REVISADO.pdf. Acesso em 15/02/2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Despesas, Rendimentos e Condições de Vida, IBGE, 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf. Acesso em: 2 abr.2013.

IPEA. Equidade Fiscal no Brasil: Impactos Distributivos da Tributação e do Gasto Social. **Comunicados do Ipea**, 92, 2011. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110519_comunicadoipea92.pdf. Acesso em : 5 abr 2013.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: Relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**; 6(2):269-318, 2001. Disponível em http://www.scielosp.org/pdf/csc/v6n2/7003.pdf. Acesso em: 21 mar 2013.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Disponível em http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em 16/02/2013.

ONU. **Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais** (PIDESC). Disponível em http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha_Informativa_2.pdf. Acesso em: 16 fev 2013.

SANTOS, M. O retorno do território. In: **Territorio y movimientos sociales**. OSAL, Observatorio Social de América Latina, año VI, no. 16. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina: Argentina. 2005. Disponível em http://biblioteca.clacso.edu.ar//ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf. Acesso em: 25 fev 2013.

SOARES, S. ET AL. **O potencial distributivo do imposto de renda de pessoa física(IRPF)**. Brasília: IPEA, 2009. Texto de Discussão n.º 1433.

TENÓRIO, A.A. **O Direito à Saúde. Dever do Estado**. 2008. Disponível em http://www.oabsp.org.br/subs/auriflama/institucional/jornal-oab-local/direito-a-saude-dever-do-estado. Acesso em: 15 mar 2013.

TOBAR, F. O Conceito de Descentralização: Usos e Abusos. **Planejamento e Políticas Públicas**Nº5:31-51, junho de 1991. Disponível em http://xa.yimg.com/kq/groups/25228238/1954867300/name/O-conceito-de-Descentralizacao-usos-e-abusos.pdf. Acesso em: 20 mar 2013.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VIANA, A. L. D.& LIMA, L. D. [Orgs.] **Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. 216 p.

VIANA, A. L. D. ET AL. Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. **São Paulo em Perspectiva**; 22(1): 92-106, 2008.

VIANNA, S. M. NUNES, A. SANTOS, J. R. S. S. e BARATA, R. B. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: OPAS/IPEA, 2001.

WAGNER, G. Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. **In Democracia, descentralização e desenvolvimento:** Brasil & Espanha, org Sonia Fleury. Rio de Janeiro:FGV Editora. Pag 417, 2006.

WERNECK VIANNA, M L T. O culpado é o mordomo? Constrangimentos outros (que não os do modelo econômico) à seguridade social. In LOBATO, L. de V. C. e FLEURY, S. (Org.). **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, pag 73. Disponível em http://www.cebes.org.br/media/File/Livro_Seguridade.pdf. Acesso em 17/022012. Acessoem: 16 mar 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of the World Health Organization**. Disponível em http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf. Acesso em: 16 fev 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diminuindo diferenças:** a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Genebra: OMS, 2011. Disponível em: www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf. Acesso em: 07 jan. 2013.

O Papel Federal no Sistema de Saúde Brasileiro

O PAPEL FEDERAL NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO[1]

Cristiani Vieira Machado

A federação brasileira historicamente apresenta como um traço constitutivo a presença de um Executivo Federal forte, na sua relação com os demais Poderes de Estado e entes federativos. Nos últimos vinte anos, apesar dos processos de reforma do Estado e de descentralização, esse peso federal foi reafirmado, ainda que em novas bases, o que se expressou em várias áreas das políticas sociais (ALMEIDA, 2007, ARRETCHE, 2009).

No que diz respeito à saúde, o projeto da reforma sanitária brasileira que levou à instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 pressupunha profundas mudanças no papel do Estado na saúde nas três esferas de governo. Em 1990, a promulgação da Lei Orgânica da Saúde e a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde delimitaram as novas regras institucionais para a atuação da *autoridade sanitária nacional*. A instituição do SUS, a unificação do comando sobre a política nacional e a descentralização político-administrativa trouxeram repercussões para o papel federal na saúde, exigindo mudanças na estrutura, campos, funções e lógica de atuação do Ministério da Saúde.

No entanto, as transformações na atuação do Ministério nos anos subsequentes não decorreram apenas da agenda de construção do SUS. Elas também foram condicionadas por outras variáveis histórico-estruturais, institucionais e político-conjunturais, relacionadas tanto a movimentos gerais de mudanças no Estado brasileiro como às singularidades da política de saúde. Assim, características histórico-estruturais do sistema de saúde brasileiro (como o forte peso do setor privado) e processos de reforma do Estado de inspiração neoliberal (particularmente nos anos 1990) impuseram limites à reconfiguração de um papel positivo para a esfera federal na consolidação do SUS.

---

1 A elaboração deste texto se apoiou nos resultados de pesquisas que vem sendo coordenadas pela autora, com o apoio financeiro do CNPq e da FAPERJ. Parte do item 3 foi publicada anteriormente em Machado (2012). Os dois capítulos, no entanto, apresentam muitas diferenças.

Nesse sentido, cabe levantar algumas questões relevantes: a atuação do Estado na saúde no âmbito nacional tem contribuído para a consolidação de um sistema público e universal de saúde, baseado no reconhecimento da saúde como direito de cidadania? Quais seriam as finalidades da atuação federal no setor no contexto atual, considerando as características do país e os princípios constitucionais relativos à Seguridade Social e ao SUS? Como fortalecer a capacidade institucional do Estado na esfera federal no sentido de alcançar essas finalidades?

Este texto aborda o papel da esfera federal na condução da política nacional e na gestão do sistema de saúde no Brasil, com o propósito de identificar os desafios para a reconfiguração estratégica da atuação do Executivo Federal. A abordagem adotada privilegia a compreensão do contexto atual da gestão federal da política de saúde à luz de variáveis histórico-estruturais e políticas, visando levantar aspectos críticos para o fortalecimento da capacidade institucional do Estado na garantia da saúde como direito de cidadania no país, nas próximas duas décadas.

Além desta introdução, o capítulo compreende quatro outros itens. O próximo item discute quais seriam as finalidades da atuação federal na saúde, à luz das especificidades da federação e do sistema de saúde brasileiro. O terceiro item explora as mudanças na estrutura e nos campos de atuação do Estado no âmbito federal. O quarto aborda o modelo de intervenção federal na saúde, considerando as funções estatais de planejamento, financiamento, regulação e execução direta de serviços. O quinto discute brevemente o tema da articulação da política de saúde com outras políticas públicas. Por fim, na seção final são discutidos os principais desafios para a reconfiguração do papel federal na saúde.

1 | FINALIDADES DA ATUAÇÃO FEDERAL NA SAÚDE

A princípio, identificam-se ao menos quatro finalidades estratégicas da atuação federal na política de saúde, que deveriam nortear a atuação do Ministério da Saúde no Brasil. A primeira delas é a luta pela inserção da saúde em um novo modelo de desenvolvimento econômico e social, orientado pela ampliação do bem-estar do conjunto da população. Isso requer a conformação de um sistema de proteção social abrangente, baseado em valores de igualdade e de direitos sociais de cidadania amplos, que articule políticas universais sólidas e políticas de redução da pobreza e das desigualdades. Mais do que isso, requer que a proteção social tenha centralidade no modelo de desenvolvimento, de forma que a lógica da redistribuição se imponha sobre a do crescimento econômico (e não seja apenas condicionada ou subordinada ao crescimento).

Embora as regras formalizadas na Constituição de 1988 tenham sido inspiradas pelos *Welfare States* avançados, a inserção e a configuração atual do sistema

de proteção social brasileiro — e do sistema de saúde — expressam contradições expressivas que o distanciam da concepção de universalismo abrangente. Situar a condução da política nacional de saúde nessa perspectiva pressupõe a adoção de estratégias voltadas para a efetivação do direito à saúde e a articulação virtuosa da política setorial com outras políticas econômicas e sociais, o que envolveria rupturas mais drásticas com o *status quo* e conflitos redistributivos. Ainda que boa parte das decisões políticas relevantes para viabilizar tais transformações esteja fora da governabilidade do Ministério da Saúde, cabe à autoridade sanitária nacional a defesa permanente de tal projeto como condição *sine qua non* para a concretização da saúde como direito universal de cidadania.

A segunda finalidade concerne à garantia de condições favoráveis para a melhoria das condições de saúde da população em todo o território nacional, considerando a situação atual e o cenário de mudanças demográficas e epidemiológicas para as próximas duas décadas. Isso exige o enfrentamento dos determinantes sociais da doença, por meio de políticas públicas articuladas (de emprego, saúde, saneamento, educação, previdência, assistência social). Requer ainda políticas nacionais de saúde voltadas para o fortalecimento da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos mais diversos agravos, junto a variados grupos populacionais. Ainda que a execução de muitas dessas políticas possa estar sob responsabilidade estadual ou municipal, cabe à esfera federal assegurar condições adequadas para sua expansão e desenvolvimento, em termos políticos, financeiros, tecnológicos e institucionais. Por exemplo, o envelhecimento da população exigirá a intensificação das políticas de promoção da saúde, mas também o aumento de oferta de serviços para a atenção às doenças crônico-degenerativas e neoplasias, incluindo tecnologias de alto custo e leitos hospitalares especializados. Tal ampliação requer planejamento, investimentos e fortalecimento da capacidade de regulação federal para que a incorporação tecnológica e a expansão de serviços se dêem de acordo com as necessidades de atenção à saúde da população e os princípios do SUS de universalidade e integralidade (e não sob a lógica do consumo e os interesses dos mercados).

A terceira finalidade, relacionada às anteriores, diz respeito à busca de redução das desigualdades em saúde em suas várias dimensões — financiamento, acesso, uso, qualidade, situação de saúde — no âmbito territorial e entre grupos sociais, dadas as características da sociedade e do sistema de saúde brasileiro. Sabe-se que as marcantes desigualdades em saúde refletem determinações histórico-estruturais, políticas e sociais amplas e que também expressam a trajetória da política de saúde brasileira anterior ao SUS.

Ainda que nos últimos vinte anos algumas iniciativas tenham sido adotadas para reduzi-las (como mudanças incrementais nos mecanismos de financiamento), persistem no sistema de saúde engrenagens que reproduzem desigualdades. Alguns exemplos são: o peso predominante da oferta na determinação

do volume de financiamento federal, particularmente no que se refere aos serviços de média e alta complexidade; a proliferação de programas federais fortemente orientados pela adesão das esferas subnacionais ou dos prestadores; a frágil incorporação da dimensão territorial na formulação e implantação das políticas de saúde; a fragilidade da regulação federal sobre os segmentos privados (prestadores ao SUS, planos privados, indústrias da saúde), que não tem favorecido a superação das distorções nas relações público-privadas em saúde. Direcionar a política nacional para a redução das desigualdades requer planejamento de longo prazo, realização de investimentos federais expressivos associados a políticas regionais e a mudança dos propósitos e do modelo de regulação estatal sobre os agentes privados.

A quarta finalidade de atuação do Ministério da Saúde concerne à coordenação federativa da política de saúde. As características da federação brasileira, o peso importante do Executivo federal e as transformações das últimas décadas relacionadas à descentralização político-administrativa impõem novos desafios à articulação entre as esferas federal, estadual e municipal para consolidar políticas de saúde coerentes com os princípios do SUS e os valores de cidadania nacional.

A discussão empreendida nos próximos itens parte do reconhecimento dessas quatro grandes finalidades de atuação federal na saúde.

2 | ESTRUTURA E CAMPOS DE ATUAÇÃO FEDERAL NA SAÚDE

No Brasil, as regras constitucionais e legais definem que a responsabilidade pela condução da política de saúde no âmbito federal cabe ao Ministério da Saúde, que é a autoridade sanitária nacional e o gestor federal do SUS. A formulação de políticas nacionais, no entanto, deve ser compartilhada com outros atores sociais nos canais institucionais formalmente definidos, em consonância com as diretrizes relativas à coordenação federativa e à participação social na saúde.

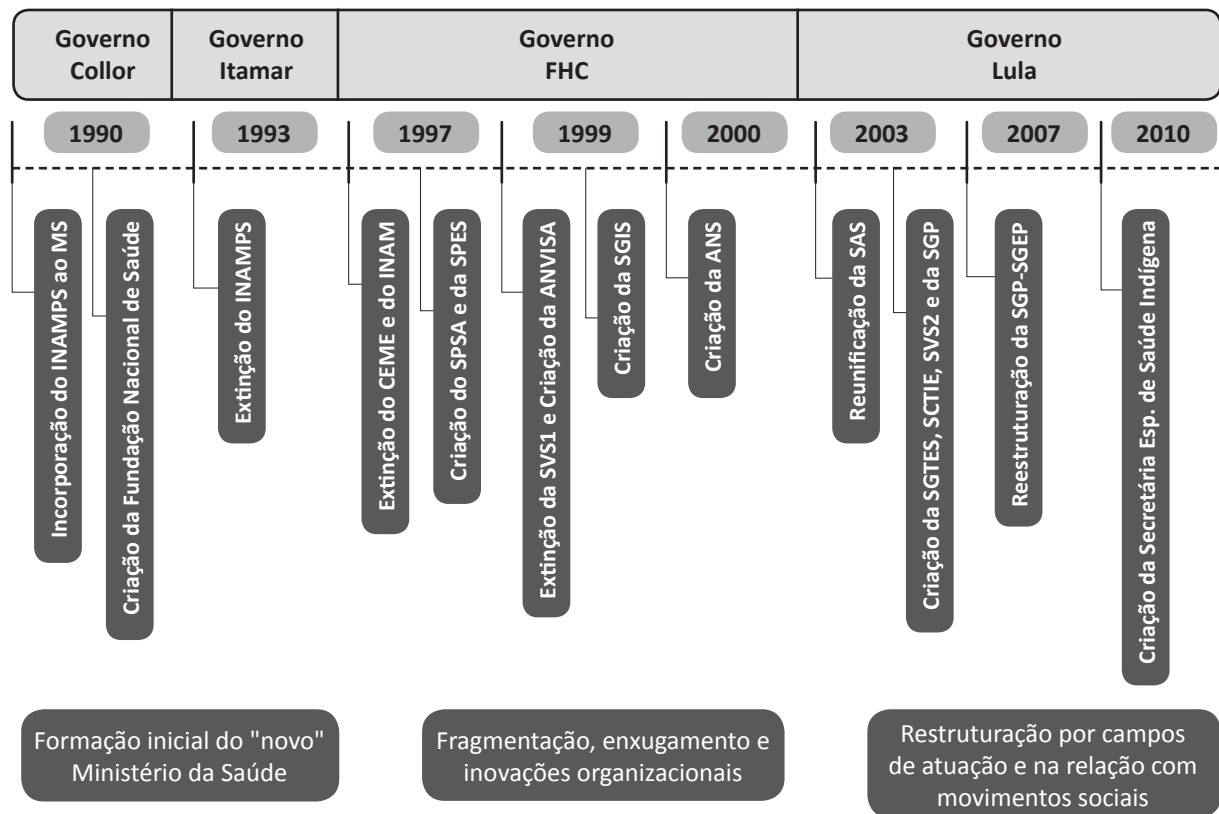
O Ministério da Saúde brasileiro foi criado em 1953, a partir do desmembramento do antigo Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP)[2]. No entanto, naquela época o ministério era responsável somente pelas ações de saúde pública, já que a assistência médica previdenciária estava sob comando dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, ligados ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Somente após a instituição do SUS e com a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde em 1990 é que ocorre a unificação institucional do comando sobre a política nacional

2 Para uma análise da trajetória do MESP, ver Fonseca (2007) e para uma análise da criação do Ministério da Saúde em 1953, consultar Hamilton e Fonseca (2003).

de saúde. Nas duas décadas subsequentes, o Ministério passou por transformações institucionais importantes, por meio da incorporação, criação ou extinção de órgãos e entidades, influenciadas por reformas gerais no Estado ou pelo contexto específico das mudanças nas políticas e nos campos de ação estatal na saúde.

A Figura 1 ilustra as principais mudanças na estrutura do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2010.

Figura 01. Principais mudanças na estrutura administrativa do Ministério da Saúde de 1990 a 2010

Fonte: Elaboração própria.

Nota: INAMPS — Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social; MS — Ministério da Saúde; CEME — Central de Medicamentos; INAN — Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; SPSA — Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação; SPES — Secretaria de Projetos Especiais de Saúde; SVS1 — Secretaria de Vigilância Sanitária; ANVISA — Agência Nacional de Vigilância Sanitária; SGIS — Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde; ANS — Agência Nacional de Saúde Suplementar; SAS — Secretaria de Atenção à Saúde; SGTES — Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; SVS2 — Secretaria de Vigilância em Saúde; SGP — Secretaria de Gestão Participativa; SGEP — Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Observam-se ao menos três diferentes momentos no que concerne à trajetória da estrutura administrativa do Ministério da Saúde nesse período de vinte anos. No início dos anos 1990, predominam as mudanças relativas à unificação de estruturas com vistas à formação da nova autoridade sanitária nacional, para dar conta do novo papel federal na saúde. Destacam-se a incorporação do INAMPS ao

Ministério[3] e a conformação da Fundação Nacional de Saúde, a partir da junção da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM).

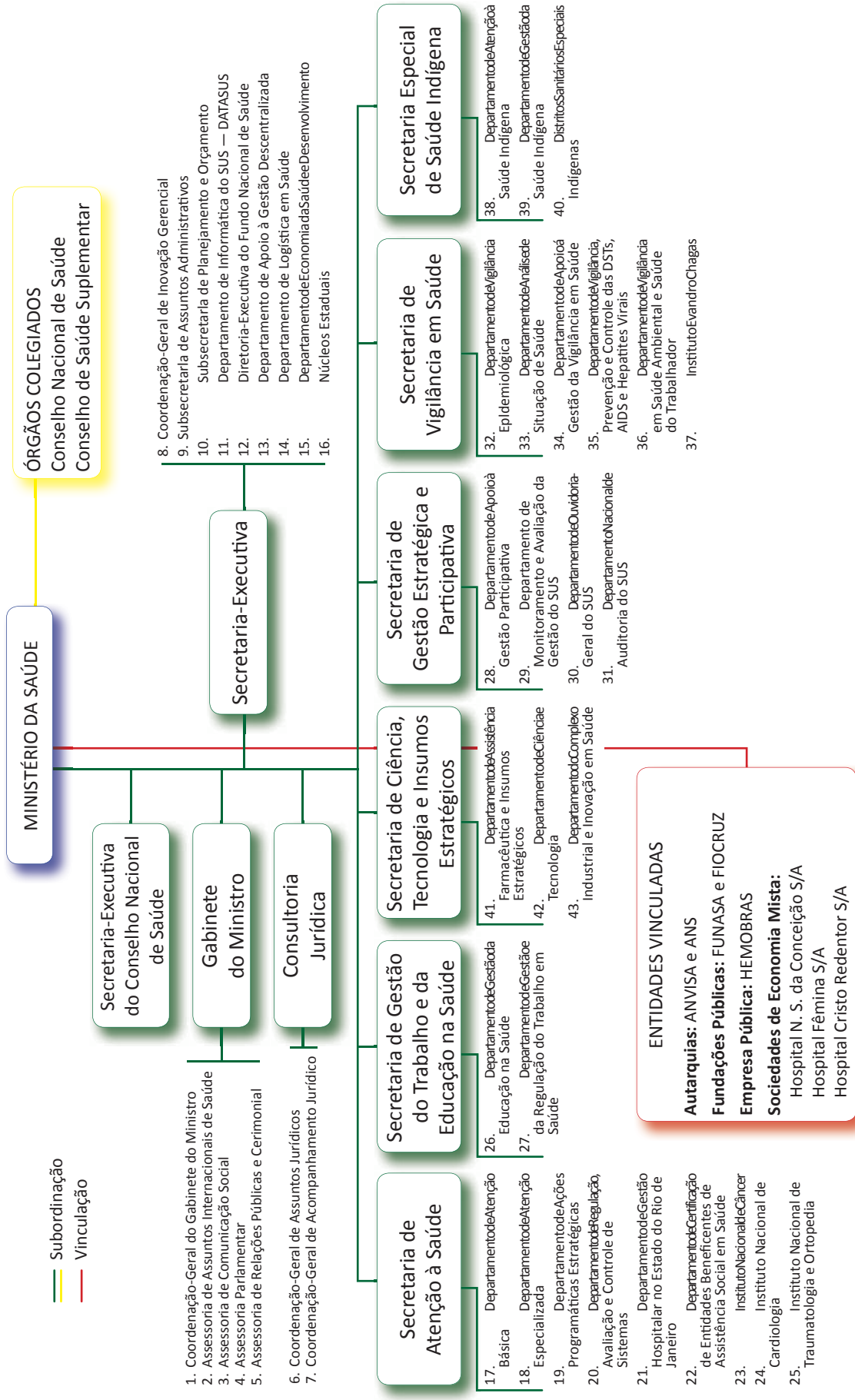
Um segundo momento relevante ocorre durante o Governo FHC, entre 1997 e 2000, caracterizado por fragmentação da estrutura e por mudanças influenciadas pelo contexto de reforma administrativa federal. Particularmente os anos de 1997-1998 são marcados pelo enxugamento da estrutura por meio da extinção de entidades federais como a Central de Medicamentos (CEME) e o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), em um contexto de aceleração da descentralização de políticas (no caso, de assistência farmacêutica e combate a problemas nutricionais). Ainda expressando influências do contexto de reforma do Estado, no período 1999-2000 ocorrem inovações organizacionais relevantes, como a criação das agências reguladoras da saúde. A criação dessas entidades de certa forma sinaliza um movimento de expansão das atividades regulatórias nas áreas de vigilância sanitária e assistência médica suplementar, embora fora do âmbito da administração direta.

Um terceiro momento bastante distinto se configura durante o Governo Lula. Em 2003 ocorre uma mudança importante na estrutura do Ministério da Saúde, destacando-se: (a) a reunificação da Secretaria de Atenção à Saúde (a partir da unificação das secretarias de Políticas e de Assistência à Saúde); (b) a criação das secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), que representa uma iniciativa de fortalecimento de campos nos quais havia fragilidades de atuação federal; (c) a criação da Secretária de Vigilância em Saúde, que incorpora ações de vigilância e controle de doenças específicas antes sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (d) a criação da Secretaria de Gestão Participativa, que em 2007 se transforma em Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, tendo por objetivo de fortalecer a gestão participativa no SUS e aumentar o diálogo com movimentos sociais. Ressalte-se ainda a criação no segundo semestre de 2010 da Secretaria Especial de Saúde Indígena, o que veio a reduzir ainda mais as atribuições da FUNASA.

A estrutura atual do Ministério da Saúde é apresentada na Figura 2.

---

3 O decreto de incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde foi assinado nos últimos dias do Governo Sarney. Já a conformação da Fundação Nacional de Saúde foi regulamentada no Governo Collor. Para maiores detalhes, ver Machado (2007b).

Figura 02. Estrutura administrativa do Ministério da Saúde, 2011

Fonte: Ministério da Saúde. Estrutura regulamentada pelo Decreto 7336, de 19 de outubro de 2010.

Essa estrutura atual compreende, portanto, quatro secretarias de primeiro escalão voltadas para campos específicos de atuação do Estado na saúde: atenção à saúde, vigilância em saúde, gestão do trabalho e da educação na saúde e ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Além disso, abrange duas outras secretarias, voltadas respectivamente para fortalecimento da gestão participativa/articulação com movimentos sociais e auditoria (SGEP) e a organização da atenção para uma população específica (indígena). Ressalte-se ainda a existência de entidades vinculadas que são: duas fundações públicas, com atribuições muito distintas (Fundação Nacional de Saúde e Fundação Oswaldo Cruz); duas agências reguladoras constituídas sob a forma de autarquias, que atuam em campos bastante diferentes (Agência Nacional de Vigilância Sanitária — ANVISA — e Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS); uma empresa pública, que ainda não está em pleno funcionamento (Hemobrás); e, como sociedades de economia mista, as unidades que compõem o Grupo Hospitalar Conceição, no Rio Grande do Sul. Cabe ainda assinalar que existem hospitais federais integrantes da administração direta vinculados à Secretaria de Atenção à Saúde.

De certa forma, a atual estrutura parece mais coerente com a perspectiva dos campos de atuação do Estado na saúde. No entanto, persistem problemas de fragmentação interna, sobreposição de atribuições, limites na coordenação e convivência de lógicas distintas de formulação e gestão das políticas de saúde.

É importante reconhecer que a definição de campos de atuação do Estado na saúde não é simples nem consensual, envolvendo embates teórico-conceituais e políticos. Vários tipos de abordagens e delimitações são possíveis, mas sempre haverá sobreposições e interdependência entre os campos. Isso porque tais divisões não são estanques, mas sim fruto de processos históricos, disputas e construções políticas. Assim, a delimitação (em algum grau arbitrária) dos campos de atuação do Estado na esfera federal pode ter diferentes pontos de partida ou tipos de ênfase: (a) elementos históricos e teórico-conceituais sobre o campo da saúde/ da atenção à saúde; (b) o marco constitucional-legal e outras definições normativas; (c) a estrutura administrativa do Ministério da Saúde; (d) a observação empírica da atuação do Ministério em um dado período.

Em uma perspectiva didática, a atuação do Estado na saúde pode ser ainda compreendida em dois planos de análise, com implicações para o papel do Ministério da Saúde. O primeiro é o plano dos campos típicos de atenção à saúde (assistência, vigilâncias), que compreende as áreas e as atividades mais diretamente voltadas para o atendimento das necessidades sociais de saúde, em geral sob responsabilidade principal da autoridade sanitária da saúde.

Um segundo plano de análise mais abrangente engloba, além dos campos típicos da atenção à saúde, outros campos de atuação do Estado na saúde (desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, a política industrial para o setor

saúde, a provisão de insumos, a formação de recursos humanos e a regulação dos vários mercados em saúde), estratégicos em uma política pública voltada para a garantia da saúde como direito social de cidadania. O desenvolvimento de políticas nessas áreas em geral extrapola o âmbito de ação exclusiva da autoridade sanitária nacional. No entanto, a atuação combinada do Ministério da Saúde nos vários campos é importante para assegurar a orientação dessas políticas para o atendimento das necessidades sociais de saúde, configurando uma concepção ampliada sobre a política de saúde, em sua dimensão social, econômica e de poder.

É nesse sentido que pode ser compreendido o esforço de estruturação de algumas novas secretarias no Ministério em 2003, visando ampliar a ação do gestor federal do SUS em campos estratégicos sobre os quais a sua governabilidade e intervenção eram até então bastante limitadas.

Neste texto, a análise sobre os campos de atuação federal na saúde privilegia as regras formais e a observação empírica da atuação federal, mas também considera outras variáveis, como os elementos históricos e a especificidade do papel federal na saúde. O Quadro 1 resume as principais características dos campos de atuação federal na saúde no período de implantação do SUS, visando identificar as principais áreas de atividade e desafios de atuação do gestor federal em cada um.

Quadro 01. Campos de atuação federal na saúde: órgão/entidade responsável, características e desafios

Campo de atuação	Órgão/entidade federal da saúde responsável	Características	Desafios para a atuação federal
Atenção à saúde	— Secretaria de Atenção à Saúde — SAS (maioria das ações); — Secretaria Especial de Saúde Indígena (população indígena); — Agência Nacional de Saúde Suplementar (regulação da assistência médica suplementar - 40 milhões de pessoas). — Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/ Departamento de Assistência Farmacêutica (assistência farmacêutica).	Conjunto de atividades direcionadas para o cuidado às pessoas, famílias, comunidades, ou grupos populacionais, abrangendo ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde. Incluem o conjunto de atribuições e práticas de organização e prestação das ações e serviços de saúde dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, em vários tipos de serviços (ambulatoriais, hospitalares, domiciliares), de vários níveis de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade), algumas voltadas para grupos populacionais específicos (saúde da mulher, saúde da criança, saúde indígena).	— Maior coordenação entre as políticas e articulação com outras políticas, visando à promoção da saúde. — Redução das desigualdades na oferta de serviços de saúde no território nacional e entre grupos sociais. — Maiores investimentos em infraestrutura e equipamentos em áreas mais carentes e/ou com maiores necessidades e alocação mais equitativa de recursos de custeio; — Fortalecimento da regionalização, conformação de redes de serviços e garantia dos fluxos de referência para atendimento, nos casos necessários. — Mudanças no modelo de atenção e melhoria no acesso e qualidade dos serviços. — Subordinação da regulação do setor privado (prestadores ao SUS e segmento de assistência médica suplementar) às diretrizes constitucionais da Seguridade Social e da saúde. — Articulação das políticas de assistência farmacêutica com as demais políticas de saúde e com políticas industriais de medicamentos.
Vigilância epidemiológica	— Secretaria de Vigilância em Saúde	Monitoramento contínuo e análise da situação de saúde, das determinações e padrões de ocorrência de doenças, visando seu controle. No Brasil, a conformação histórica desse campo mostra a integração entre as ações típicas de vigilância com as de prevenção e controle de doenças transmissíveis, em uma concepção ampliada, que une a informação com a ação. Recentemente, há um movimento de ampliação para abarcar a	— Maior articulação com outras políticas públicas visando à promoção da saúde. — Consideração dos determinantes sociais dos diversos agravos. — Fortalecimento dos sistemas de monitoramento e resposta aos agravos. — Distribuição dos serviços e dos investimentos de diferentes tipos (infraestrutura, equipamentos, insumos, profissionais, financeiros) segundo o padrão de ocorrência de agravos e doenças. — Para o controle de algumas doenças, ações de controle de vetores e medidas ambientais são muito relevantes, incluindo melhoria das condições de saneamento. As escolhas em relação aos insumos (ex: inseticidas) devem considerar questões ambientais.

		vigilância de doenças não transmissíveis e vigilância ambiental.	— Ampliação do escopo das ações, inclusive em função de mudanças no padrão demográfico e epidemiológico (consideração de doenças crônicas, questões ambientais, saúde do trabalhador).
Vigilância sanitária	— Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Tem como finalidade a proteção da saúde por meio da eliminação ou redução do risco envolvido no uso e consumo de tecnologias — produtos e serviços — e nas condições ambientais. Abrange a regulação de um leque grande de produtos e serviços de natureza diversa, com vários ramos e sub-ramos. Compreende ativida-des de controle dos riscos sanitários envolvidos na produção e no consumo de bens e serviços de saúde, com repercussões para a saúde (coletiva e individual) e para a economia.	— Maior articulação entre ANVISA e outros órgãos/ entidades da saúde, visando à promoção da saúde e redução de riscos. — Adequação às normas sanitárias internacionais pertinentes e participação no debate internacional sobre regulação de tecnologias e insumos em saúde. — Investimentos para a melhoria da qualidade dos insumos para a saúde de diversos tipos produzidos no país. — Fortalecimento da rede de laboratórios públicos de avaliação da qualidade em saúde no país. — Fortalecimento da regulação sobre a produção, comercialização e uso de insumos em saúde. — Investimentos nos serviços públicos de saúde, para a garantia de melhores condições ambientais, de uso de produtos/ tecnologias e segurança da atenção.
Pesquisa desenvolvimento científico e tecnológico, produção e provisão de insumos em saúde	— Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos — Fundação Oswaldo Cruz — Hemobrás	Conjunto de atividades relativas ao desenvolvimento, produção e provisão de bens e insumos para a saúde, em quantidade suficiente, com qualidade adequada, em tempo oportuno e de forma equitativa em todo o território nacional, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde de toda a população.	— Articulação entre as políticas de C&T, industrial e de saúde, para fortalecer a provisão de insumos de boa qualidade de acordo com as necessidades do sistema público de saúde e da população. — Aumento dos investimentos nacionais em pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde; — Fortalecimento do desenvolvimento e produção nacional de medicamentos, vacinas, reagentes, hemoderivados, equipamentos, materiais e fitoderivados; — Fortalecimento da rede de laboratórios oficiais; — Articulação das políticas nacionais com estratégias de desenvolvimento regional, incentivando a produção de bens e insumos para a saúde.

Quadro 01. Campos de atuação federal na saúde: órgão/entidade responsável, características e desafios (cont.)

Campo de atuação	Órgão/entidade federal da saúde responsável	Características	Desafios para a atuação federal
Gestão do Trabalho e Educação Saúde	— Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	Conjunto de atividades relacionadas à regulação das relações de trabalho em saúde, à formação e à capacitação dos profissionais de saúde para atuação no SUS.	— Adoção de estratégias voltadas para o aumento dos postos de trabalho "protegidos" (vínculo estável, direitos trabalhistas) e da melhoria das condições de trabalho e remuneração. — Fixação de profissionais em áreas carentes. — Fortalecimento das instituições formadoras pú-blicas. — Mudanças curriculares para a adequação da for-mação dos profissionais e fortalecimento da Educação Permanente.
Saneamento	— Fundação Nacional de Saúde (pequenos municípios e populações específicas). — Secretaria Especial de Saúde Indígena (população indígena)	Conjunto de atividades relacionadas à provisão de condições adequadas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta e destinação de resíduos das comunidades e populações.	—

Fonte: Elaboração própria à partir de diversas fontes: Machado (2007); Gadelha et al (2009); Lucchese (2001; Silva Jr. (2004), entre outras.

3 | O MODELO DE INTERVENÇÃO FEDERAL NA SAÚDE

No Brasil, as repercussões dos movimentos de reforma dos Estados Nacionais desencadeados a partir dos anos 1970 em vários países (EVANS, 1993; MAJONE, 1999) foram mais evidentes na década de 1990, sob características específicas. Tal década foi marcada pela liberalização econômica e pelo predomínio de uma agenda de reformas que visou desmontar o modelo de intervenção econômica e social conformado na "era Vargas". Tais reformas se nortearam, no plano econômico, pela abertura de mercados, centralidade das medidas de estabilização fiscal e das privatizações (SALLUM JR, 2004); no plano social, pela expansão de algumas políticas, porém com limites ao crescimento dos gastos públicos e ênfase na descentralização; e no plano administrativo, pela busca de redução do tamanho da administração pública federal e de seu papel de prestação direta de serviços (SANTOS, 2006).

Para Mattos (2006), um novo modelo estatal[4] — caracterizado pela criação de agências reguladoras, privatizações de empresas estatais, terceirização de funções do Estado, e regulação da economia em uma lógica de defesa da concorrência e correção de "falhas de mercado" — teria se afirmado nos anos 1990, no Governo Fernando Henrique Cardoso. Tal modelo, pautado pela negação do próprio Estado, envolveria um movimento político de "descentralização" do poder do presidente e dos ministros, de mudanças no funcionamento da burocracia e de criação de novos mecanismos jurídico-institucionais de formulação e regulação de políticas, como por meio das agências reguladoras (MATTOS, 2006).

Mais recentemente, no período correspondente ao Governo Lula, houve um movimento de reconfiguração do Estado por meio da retomada de expansão do funcionalismo público (MORAES, SILVA e COSTA, 2009) e da ênfase no fortalecimento da capacidade institucional do Estado (BRASIL, 2003). Ainda que os efeitos desse movimento tenham que ser mais bem estudados, é importante ressaltar que ele não atinge as diversas áreas da administração com a mesma intensidade. Por exemplo, o crescimento do número de servidores federais ativos entre os anos 2000 e 2008 foi bastante expressivo na área da Educação (13,8%), mas foi pífio na área da Saúde (3,1%). Além disso, foi desigual entre órgãos e entidades federais da saúde, privilegiando a realização de concursos para as agências reguladoras e a Fundação Oswaldo Cruz. Houve alguns concursos para contratação de profissionais para os hospitais federais, embora em número insuficiente. Já o nível central do Ministério da Saúde não foi privilegiado com a realização de concursos, sendo que áreas estratégicas permaneceram com alta dependência de consultores, terceirizados e contratados temporariamente (ALBERTO, MACHADO e TEIXEIRA, 2011).

---

4 Em substituição ao modelo anterior, conformado a partir do governo Vargas e aprofundado no regime militar, que teria se fundado no pensamento autoritário, negando a relevância da democracia para o desenvolvimento. A alternativa formulada por Celso Furtado nos anos 1950, de um modelo democrático de Estado planejador desenvolvimentista, não teria chegado a se constituir plenamente.

Outro aspecto a ser ressaltado é que, apesar dessa inflexão quanto à visão de Estado, há elementos de continuidade entre os governos FHC e Lula em alguns aspectos, como o arranjo regulatório por meio das agências, que não teria sofrido mudanças substantivas (PACHECO, 2006).

No que concerne à saúde, a análise do modelo de intervenção do Estado no âmbito federal também pode ser feita a partir da consideração de suas quatro macro funções, como planejamento, financiamento, regulação e execução direta de serviços. A análise das mudanças observadas em cada uma delas e na sua articulação é importante para a compreensão das transformações no papel do Estado na política nacional de saúde.

3.1 | Planejamento

O planejamento em saúde constitui uma macro função fundamental para o direcionamento da política de saúde, ao envolver a tomada de decisões e a proposição de intervenções sobre a realidade sanitária, abrangendo: identificação de necessidades, de prioridades e diretrizes de ação, elaboração de estratégias e planos de intervenção, articulação entre atores e mobilização de recursos necessários para a operacionalização das políticas.

A trajetória histórica da política de saúde das décadas de 1930 a 1980, marcada pela fragmentação institucional, não possibilitava o planejamento nacional integrado. Com a instituição do Sistema Único de Saúde em 1988, previa-se um fortalecimento do planejamento público que foi, no entanto, prejudicado pelo contexto de reformas do Estado dos anos 1990. Somente ao final daquela década houve certa retomada de estratégias mais consistentes de planejamento estatal nacional, por exemplo, por meio dos Planos de Pronta Ação(PPA), instrumentos previstos na Constituição. As iniciativas de planejamento federal na saúde foram esparsas e mostraram importantes fragilidades, com ausência de planos integrados de médio e longo prazo.

No período correspondente ao Governo Lula (2003 a 2010), houve uma valorização do planejamento estatal, que influenciou positivamente as iniciativas setoriais de planejamento. O movimento de fortalecer o planejamento nacional em um contexto democrático e federativo exigiu do governo federal a ampliação dos debates e busca de formação de consensos com outras esferas de governo e diversos grupos da sociedade (MACHADO, BAPTISTA e LIMA, 2010).

O Ministério da Saúde também procurou fortalecer o seu papel de planejamento por meio de estratégias com propósitos variados, que se expressaram em instrumentos de planejamento específicos.

Buscou-se a articulação entre planejamento e orçamento, como nos anos 1990, por meio dos PPAs que influenciaram, em cada mandato, as estratégias e instrumentos de planejamento de iniciativa do Ministério da Saúde. O fortalecimento da função planejadora federal foi buscado por meio da construção de um Plano Nacional de Saúde, 2004-2007 (BRASIL, 2004). A valorização da coordenação intergovernamental para o alcance de prioridades da política se traduziu na elaboração do Pacto pela Saúde (2006). Por fim, o esforço de inserção da saúde em um projeto de desenvolvimento em transformação se expressou na construção do Plano Mais Saúde — 2008-2011 (BRASIL, 2009).

Em que pesem as estratégias recentes de fortalecimento do planejamento, persistem lacunas no planejamento federal da política de saúde, entre as quais podem ser citadas: a limitada consideração da dimensão territorial; a fragilidade do planejamento em longo prazo; os baixos investimentos federais; dificuldades de consolidação de uma burocracia federal suficiente e qualificada para o planejamento em saúde nas áreas estratégicas do nível central do Ministério da Saúde; a pouca articulação entre as políticas de saúde e dessas com outras políticas públicas. O equacionamento dessas questões é fundamental para assegurar que o planejamento em saúde possa ter caráter transformador no contexto atual do sistema de saúde brasileiro.

3.2 | Financiamento

A função de financiamento se relaciona ao papel do Estado de prover recursos para permitir a oferta de serviços sociais, o que depende da arrecadação de receitas e da execução do orçamento público.

Em que pese a melhoria de alguns indicadores entre 2000 e 2007, o Brasil ainda apresenta baixo gasto público per capita em saúde e baixo comprometimento do gasto público com a saúde, mesmo comparado a outros países da América Latina (WHO, 2010). O grande peso dos gastos privados em saúde no país (estimado em cerca de 58% do gasto total em 2007) é pouco condizente com o modelo público e universal representado pelo SUS, refletindo problemas estruturais das relações público-privadas e evidenciando o caráter iníquo do financiamento setorial, expresso em distorções como a renúncia fiscal e gastos privados bem superiores aos gastos públicos per capita em saúde (BAHIA, 2009).

Segundo a Constituição de 1988, os três entes federativos têm a responsabilidade de participar do financiamento na saúde. Nos vinte primeiros anos de implantação do SUS, o peso relativo da esfera federal no gasto público em saúde decresceu de mais de 70 % no início dos anos 1990 para cerca de 45% em 2008, devido ao aumento da participação das outras esferas de governo, com destaque para os municípios nos anos 1990 e, mais recentemente, para os estados. Esse movimento se

relacionou ao processo de descentralização e à definição de regras mais rígidas de vinculação das receitas para a saúde para as esferas subnacionais a partir de 2000.

Os gastos executados pelo Ministério da Saúde representam atualmente somente cerca de 20 a 25% do gasto total em saúde no país. A breve análise do financiamento federal neste capítulo considera os seguintes eixos, sem esgotá-los: (a) a evolução do montante de recursos federais da saúde e sua relação com as fontes de financiamento; (b) a participação dos gastos federais da saúde no PIB; (c) a forma de execução dos recursos do ministério (transferências intergovernamentais ou execução direta); (d) o destino dos recursos por grupos de despesas, campos de atuação e por regiões/unidades da federação.

No que diz respeito ao *montante e fontes de recursos* do Ministério da Saúde entre 1995 e 2009, observaram-se diferentes momentos. Na segunda metade dos anos 1990 houve oscilações, relacionadas às pressões de políticas econômicas contencionistas e à indefinição de fontes estáveis de financiamento para a saúde (UGÁ e MARQUES, 2005). A aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) em 1997 não foi suficiente para evitar tais oscilações. Já o período de 2000 a 2002 apresentou menor instabilidade, favorecido pelas conquistas anteriores, pela aprovação da Emenda Constitucional nº 29/00 e pelo peso político do Ministro da Saúde no Governo Federal.

No entanto, um incremento significativo no volume de recursos federais, em termos reais, não ocorreu nem após o início da CPMF, devido a um movimento de substituição de fontes, e tampouco após a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/00, visto que a luta política nos anos subsequentes se deslocou para a regulamentação da sua aplicação e cumprimento. Na realidade, a fórmula da emenda aprovada quanto ao compromisso financeiro da União — vinculando-o à variação do Produto Interno Bruto (PIB) — não pareceu favorável ao aumento do aporte de recursos federais naquele momento (DAIN, 2001; FAVERET, 2003), talvez porque o seu objetivo central tenha sido o aumento dos recursos estaduais.

Entre 2003 e 2005, no início do Governo Lula, em um contexto de restrições impostas pela política econômica, novas oscilações foram observadas na execução orçamentária da saúde. A partir de 2006, no entanto, ocorreu um aumento progressivo dos gastos federais com ações e serviços de saúde. Esse movimento se deve, em grande parte, ao crescimento econômico registrado no país no período 2006-2008, dado o tipo de vinculação estabelecido pela EC 29/00 para os gastos federais.

No que diz respeito à *participação da saúde no PIB*, nos anos 1990 e 2000 predominou o caráter cíclico do gasto, ou seja, a participação setorial no PIB oscilou de acordo com as variações no crescimento econômico. Apenas em 2009 o gasto em saúde apresentou caráter anticíclico, ou seja, apesar da queda do PIB nacional em decorrência da crise econômica internacional, a execução

orçamentária com ações e serviços de saúde cresceu em termos absolutos e como proporção do PIB.

Em síntese, as conquistas parciais em termos de fontes de financiamento — como a aprovação da CPMF em 1996 e da EC 29 em 2000 — parecem ter ajudado em médio prazo a proteger o orçamento setorial de oscilações. Porém, a interrupção da CPMF em 2007 e a inadequada regulamentação da EC29/00 no ano de 2011 mantiveram a área da saúde em uma situação de vulnerabilidade em face da conjuntura política e econômica dos governos.

No que concerne à *forma de execução de recursos do Ministério da Saúde,* nas duas primeiras décadas de implantação do SUS houve progressiva expansão das transferências federais diretas fundo a fundo para estados e municípios (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001; VIANA, LIMA e OLIVEIRA, 2002; LIMA et al, 2012).

O volume total dos recursos federais diretamente transferidos às esferas nacionais alcançou quase 43 bilhões de reais em 2009[5]. Ressalte-se que a proporção de transferências ultrapassou 80% após a entrada em vigor do Pacto pela Saúde em 2007 e a criação de grandes blocos de financiamento, que radicalizaram as transferências federais para as esferas subnacionais. A modalidade de pagamento federal direto a prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares praticamente deixou de existir. Mesmo os recursos de investimentos federais, antes executados por meio de convênios com estados, municípios ou prestadores, a partir de 2009 passaram a ser em parte repassados por meio de um bloco específico de transferências. A parcela do orçamento federal com ações e serviços de saúde diretamente executada pelo Ministério é atualmente bastante limitada, correspondendo principalmente a gastos com pessoal ativo, gestão de programas nacionais e custeio de órgãos e unidades próprias.

Isso não significa que estados e municípios tenham ampla autonomia para a aplicação dos recursos transferidos, pois persistem condicionalidades e vinculações das transferências a programas nacionais específicos, como formas de indução e de regulação federal sobre as esferas subnacionais.

No que diz respeito ao *destino dos recursos por grupos de despesa,* vale ressaltar a persistência nos anos 2000 da baixa participação dos investimentos no orçamento do Ministério da Saúde, que no período de 2002 a 2009 oscilou entre 3,4 e 6,3% em termos dos recursos empenhados com ações e serviços de saúde. Se considerarmos os valores efetivamente pagos, esses percentuais são ainda menores (variam entre apenas 0,5 e 2,1%), visto que o grupo de investimentos é, em geral, o mais prejudicado nas diferentes etapas da execução orçamentária da saúde, apresentando a menor relação entre valores empenhados e pagos a cada exercício.

5 A discussão do financiamento apresentada neste item baseou-se na análise dos dados do Siga-Brasil (execução orçamentária do Ministério) e da Sala de Situação do Ministério da Saúde (transferências federais), exceto nos casos em que outra fonte for explicitamente citada.

Os baixos valores dos investimentos federais representam uma limitação importante para a redução das desigualdades em saúde, que seria uma das principais finalidades de atuação federal, dada a heterogeneidade da oferta e do acesso aos serviços no território nacional. Acrescente-se a isso que, conforme apontado em estudo anterior (GADELHA et al, 2009) grande parte dos recursos de investimentos depende de emendas parlamentares, de origem instável e não atrelada a um planejamento nacional de investimentos.

Quanto aos *campos de atuação e programas,* em termos absolutos a Atenção à Saúde representa o maior volume de recursos, ao compreender os dois principais programas orçamentários do Ministério da Saúde: a assistência de média e alta complexidade (cerca de 50% do orçamento) e a atenção básica (que variou de 14 a 16,5% do orçamento, entre 2004 e 2009). Os outros campos de atuação do Estado na saúde — vigilâncias; ciência, tecnologia e insumos estratégicos; gestão do trabalho e da educação em saúde; saneamento — representam parcelas menores do orçamento federal da saúde.

Já em termos relativos, o maior crescimento ocorreu para o campo de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, cuja execução orçamentária aumentou mais de 120% no período, principalmente devido ao aumento de gastos com assistência farmacêutica. Os campos de atenção à saúde e de saneamento também tiveram aumentos acima do crescimento geral da execução orçamentária da saúde. Por outro lado, os gastos com as vigilâncias aumentaram pouco e houve oscilações nos gastos no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde entre os anos de 2004 e 2009. No último caso, as dificuldades de execução orçamentária podem se relacionar à criação de uma nova secretaria em 2003 e às inflexões na condução das políticas para essa área.

Uma última perspectiva de análise diz respeito à *distribuição dos recursos federais entre as regiões e unidades da federação*, considerando a parte do orçamento da saúde passível de apropriação regional[6]. Entre 2002 e 2009, o aumento na execução orçamentária do Ministério da Saúde foi maior para as regiões Norte (59,6%), Centro-Oeste (55,4%) e Nordeste (49,2%), enquanto as regiões Sudeste e Sul tiveram menores aumentos.

Essa informação pode sugerir, a princípio, um movimento no período de maior destinação de recursos federais para regiões historicamente menos favorecidas, o que pode ter relação, entre outros fatores, com aumento na oferta de ações e serviços de saúde.

---

6 A parcela "regionalizável" correspondeu no período de 2002 a 2009 a cerca de 63 a 70% do orçamento do Ministério da Saúde, incluindo as despesas de custeio ou investimento cujo destino para as regiões e/ou UFs é conhecido, sejam transferências a outras esferas de governo, pagamentos diretos a prestadores, convênios ou emendas parlamentares. Em geral, não incluem os gastos com gestão centralizada de órgãos ou programas federais, pagamento de pessoal ativo, despesas com inativos/pensionistas, pagamentos de dívidas e outras operações especiais.

No entanto, a análise em termos de recursos federais *per capita* sugere que, em 2009, ainda persistiam desigualdades importantes entre as regiões e as unidades da federação. Tais informações devem ser analisadas com cautela, pois a discussão do papel redistributivo do governo federal e da equidade no financiamento da saúde exigiria a consideração de outros aspectos: a distribuição da totalidade dos recursos federais e as variações nas necessidades de saúde (UGÁ e MARQUES, 2005); aspectos referentes ao federalismo fiscal (LIMA, 2007); a diversidade interna às macrorregiões, estados, regiões metropolitanas e municípios; as relações público-privadas no financiamento da saúde (BAHIA, 2009); a distribuição dos recursos entre grupos sociais.

3.3 | Regulação

Neste texto, o termo regulação é usado para designar a função federal de modulação do sistema nacional de saúde, no sentido de controlar procedimentos e processos ou buscar uma maior homogeneidade de características ou de resultados no território, por ação federal direta ou por meio da indução de práticas de gestores de outras esferas, prestadores de serviços e agentes privados (MACHADO, 2007a).

A regulação estatal em saúde pode ser analisada sob diferentes perspectivas, por exemplo, em relação ao tipo de organização ou esfera alvo da regulação (ex: secretarias de saúde, prestadores de serviços, operadoras de planos privados) ou em relação ao objeto de intervenção (ex: regulação assistencial, regulação sanitária, regulação de preços de insumos, regulação do trabalho em saúde).

Para fins deste texto, serão discutidas principalmente as estratégias de regulação federal voltadas para: sistemas estaduais e municipais de saúde; prestadores de serviços ao SUS e mercados de planos e seguros de saúde. De forma mais breve, serão abordadas mudanças relativas à regulação nos campos da vigilância sanitária, recursos humanos e insumos em saúde.

Nos vinte primeiros anos de implantação do SUS, observa-se a sobreposição de antigas e novas estratégias de regulação, assim como mudanças na natureza e escopo da regulação federal sobre a política de saúde. Com o avanço da descentralização, a regulação federal direta sobre os prestadores de serviços se reduziu e o Ministério da Saúde se voltou principalmente para a modulação dos sistemas estaduais e municipais de saúde. Também foram adotadas novas estratégias de regulação de mercados, porém sob características específicas e com muitas fragilidades.

Durante os anos 1990, em face do peso da União no financiamento da saúde e do protagonismo federal na condução da descentralização setorial, o Ministério da Saúde manteve expressivo poder de regulação sobre as secretarias estaduais e municipais de saúde. As principais estratégias de regulação federal nesse sentido, em geral associadas, foram a emissão de normas e portarias e os mecanismos financeiros

de indução de políticas, com repercussões para a configuração de sistemas estaduais e municipais de saúde (LEVCOVITZ et al, 2001; MACHADO, 2007; BAPTISTA, 2007). Outras estratégias de regulação dos sistemas relevantes no período foram: definição de prioridades e metas no âmbito nacional, cooperação e apoio técnico a estados e municípios, fomento federal a práticas inovadoras, ações de auditoria, controle e avaliação.

Nos anos 2000, houve continuidades no que se refere à regulação federal sobre os sistemas estaduais e municipais de saúde, persistindo o esforço federal de indução de políticas no âmbito subnacional. O crescimento acentuado da quantidade de portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, observado nos anos 1990, prosseguiu nos anos 2000, com pequenas oscilações anuais. O dado sugere a persistência de uma importante atuação normativa federal, visto que muitas portarias se voltam para a indução de políticas e regulação de práticas dos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços.

Isso ocorreu porque, concomitantemente ao aumento das transferências intergovernamentais de recursos, o Ministério da Saúde procurou usar normas e incentivos financeiros para manter seu poder de decisão sobre a utilização de recursos federais transferidos, de forma que as prioridades nacionais se expressassem nos estados e municípios. Tal modelo levou a uma fragmentação das transferências federais em um número cada vez maior de parcelas até a emissão do Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL, 2006). A criação de grandes blocos de financiamento em 2007, no entanto, não rompeu totalmente com a lógica anterior de regulação federal, pois a adesão às normas e programas federais continuou a ser utilizada para fins de cálculo dos recursos a transferidos para as esferas subnacionais (LIMA et al, 2012).

No que diz respeito aos prestadores de serviços ao SUS, a partir de 2004 deixou de existir a modalidade de remuneração direta do Ministério da Saúde a serviços ambulatoriais e hospitalares privados. Assim como os recursos, as responsabilidades de regulação sobre prestadores de serviços foram em sua maioria transferidas para estados e municípios.

Ainda assim, a atuação federal continuou a repercutir sobre os prestadores por meio de quatro estratégias principais: (a) a emissão de portarias que regulamentam o funcionamento e os critérios técnicos de credenciamento de serviços ao SUS (ex: serviços de alta complexidade); (b) a administração das tabelas de remuneração de serviços ambulatoriais e hospitalares, que influenciam os preços praticados por estados e municípios e o interesse dos prestadores em oferecer serviços ao SUS; (c) a manutenção dos sistemas nacionais de informações sobre oferta e produção de serviços, que subsidiam o monitoramento dos prestadores pelos gestores das três esferas; (d) o desenvolvimento de ações diretas de auditoria federal.

Ademais, a complexidade dos processos de estabelecimento de convênios com prestadores privados "não-lucrativos", dadas as implicações tributárias da concessão de certificados de filantropia, fez com que o Ministério da Saúde criasse ao final dos anos 2000 um departamento específico com a finalidade de interlocução e análise da situação desse grupo de prestadores[7].

Assinale-se ainda que a implantação do Programa Farmácia Popular — particularmente da vertente das farmácias privadas conveniadas, que se expandiu a partir de 2006 — impõe novas exigências de regulação federal, dado o deslocamento da dispensação de medicamentos para fora do espaço das unidades de saúde e o expressivo volume de recursos federais repassados para o comércio varejista de medicamentos.

A regulação do mercado de planos e seguros de saúde vem sendo operada por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) desde o início dos anos 2000, cuja atuação não apresentou inflexões marcantes desde então, embora possam ter ocorrido mudanças incrementais que exigem análises mais específicas[8]. A atuação da ANS tem sido marcada por: sistematização de informações sobre o segmento de planos e seguros de saúde; regras financeiras para o funcionamento das operadoras e seguradoras no mercado; regulamentação do conteúdo dos contratos e do seu cumprimento; regulação dos preços dos planos contratados individualmente.

Dados oficiais mostram que houve nos anos 2000 crescimento do número de beneficiários de planos de assistência médica e de planos exclusivamente odontológicos. Evidencia-se que, de forma concomitante à expansão das políticas e serviços públicos no âmbito do SUS, também tem ocorrido uma expansão de serviços e planos privados de saúde. Tal constatação implica a reflexão sobre a direcionalidade e os propósitos da regulação desse mercado pelo Estado, ou seja, sobre o sentido da própria existência e da atuação da ANS.

A regulação sanitária é outra área tradicional de atuação do Estado, no Brasil designada sob o termo vigilância sanitária, que engloba ações direcionadas a ramos produtivos de caráter muito distinto: medicamentos, alimentos, cosméticos, materiais de limpeza, entre outros. As políticas nessa área no âmbito federal estão sob responsabilidade direta da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, cujo modelo regulatório não sofreu inflexões expressivas desde a sua criação. A complexidade da regulação sanitária se relaciona não apenas à diversidade de mercados a serem regulados, mas a fatores como: os fortes interesses econômicos na saúde, as implicações das decisões para o comércio internacional e a dependência de intensa articulação

---

7 Departamento de Certificação de Entidades Beneficientes de Assistência Social em Saúde, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde. Ver estrutura do Ministério da Saúde constante no Decreto 7336 de 19/10/2010.

8 Para alguns autores, a atuação das agências reguladoras federais na área de infraestrutura e social nos anos 2000 foi marcada pelo predomínio de continuidades e não conformação de um modelo regulatório alternativo, mesmo após a mudança de governo em 2003. A propósito, ver os trabalhos de Mattos (2006) e Pacheco (2006).

com os segmentos produtivos nacionais e com outros órgãos de governo (incluindo as próprias secretarias do Ministério da Saúde). Por vezes ocorrem impasses entre decisões técnicas da ANVISA relativas a riscos sanitários, empresários e representantes do governo em questões de grande importância. Um exemplo recente foi a questão da produção de alimentos transgênicos. Outro exemplo concerne aos fluxos de autorização para produção e comercialização de medicamentos. Nesse âmbito, são comuns, de um lado, as queixas por parte da indústria ou outros órgãos de governo sobre as exigências e os longos prazos da ANVISA; de outro, a argumentação da Agência de que tais controles são fundamentais para a redução dos riscos de danos à saúde.

A esse propósito, vale mencionar a adoção nos anos 2000 de novas estratégias de regulação federal coordenadas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) criada em 2003 na estrutura do Ministério da Saúde. A partir de 2007, aumenta a ênfase no fortalecimento do complexo industrial da saúde no país, com desdobramentos em termos da criação de novas estruturas — incluindo a criação do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS) — e regras de incentivo à produção nacional de insumos relevantes para a saúde. Nesse contexto de estímulo ao aumento da produção nacional de medicamentos e outros insumos para a saúde, é fundamental a maior articulação entre as secretarias do Ministério (particularmente a SCTIE e a SAS), a ANVISA e outros ministérios federais ligados à área industrial, visto que tal expansão deve se dar de acordo com as necessidades de saúde e sob mecanismos regulatórios que garantam a qualidade dos produtos e a minimização de riscos sanitários.

Outro campo em que houve expansão da regulação federal associada à criação de uma nova secretaria do Ministério da Saúde foi o de gestão do trabalho e da educação na saúde. No âmbito da gestão do trabalho, cabe mencionar de um lado as iniciativas de apoio à desprecarização das relações de trabalho em saúde e os debates sobre negociações salariais e perspectiva de carreiras públicas (com alcance limitado); e, de outro, o polêmico apoio do Ministério, particularmente a partir de 2007, à adoção da Fundação Estatal de direito privado como modelo de gestão de serviços públicos se saúde.

No que concerne à formação de profissionais, intensificam-se as propostas e os programas voltados para a reestruturação curricular e educação permanente de profissionais de saúde, muitas vezes envolvendo parcerias entre o ministério da Saúde e da Educação.

A expansão da atuação federal nessas últimas duas áreas — de insumos e recursos humanos — se deu sob um modelo de regulação por dentro da estrutura ministerial, visto que envolveu a criação de novas secretarias, regulamentações por meio de portarias e parcerias do Ministério da Saúde com outros órgãos federais. Configura-se nessas áreas, portanto, uma regulação por dentro da Administração Direta, já que não foram criadas outras agências de saúde além das existentes.

As fundações públicas vinculadas ao Ministério da Saúde não se destacaram nessa reconfiguração da função regulatória federal, porque não foram originalmente concebidas com tal tipo de função. A Fundação Oswaldo Cruz, com atuação na área de ciência e tecnologia em saúde, continuou a exercer suas atribuições no ensino, pesquisa, cooperação técnica, inovação e produção de insumos estratégicos. Já a Fundação Nacional de Saúde passou por um progressivo esvaziamento de suas funções, primeiro em relação à vigilância epidemiológica (em 2003), e depois na área de saúde indígena (em 2010), por meio da criação de secretarias específicas na estrutura de administração direta do Ministério da Saúde.

3.4 | Prestação Direta de Ações e Serviços de Saúde

Nos anos 1990, houve uma redução do papel federal na prestação direta de serviços e ações de saúde, coerente com a diretriz do SUS de descentralização político-administrativa e com as diretrizes da reforma da Administração Pública federal década (MACHADO, 2007a). Portanto, no início dos anos 2000 a quantidade de serviços de saúde sob administração federal já era reduzida, mantendo-se relativamente estável nos anos seguintes.

Em agosto de 2010, segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) os estabelecimentos de saúde federais representavam menos de 0,2% do total do país. Tais estabelecimentos se distribuíam desigualmente no território nacional, com um maior número absoluto nos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. Em termos relativos, o estado de Roraima apresentava um maior peso dos serviços federais, que representavam 4,6% dos estabelecimentos de saúde no estado. Entre as unidades federais, predominam os hospitais, embora ainda existam na administração federal unidades ambulatoriais especializadas, unidades básicas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, entre outros.

Apesar do reduzido número de unidades, os hospitais federais compreendem cerca de 4% dos leitos disponíveis ao SUS no país, envolvendo serviços de referência regional ou nacional. Cabe destacar a situação dos hospitais federais localizados no município do Rio de Janeiro que, por sua condição histórica de ex-capital do país, apresenta um maior número de serviços federais. Nos anos 1990 e início dos anos 2000, houve tensões e instabilidade relacionadas à descentralização de tais hospitais.

Em 2003, permaneciam sob gestão federal três institutos especializados de referência nacional — o do Câncer (INCA), o de Traumato-Ortopedia (INTO) e o de Cardiologia de Laranjeiras (INCL) —, os hospitais de Bonsucesso e dos Servidores do Estado. Tais unidades têm diferentes perfis de atendimento, estatuto político e possibilidades de captação de recursos. O INCA é o que apresenta maior projeção

nacional como referência assistencial, além de sua importância no apoio à formulação de políticas e no desenvolvimento de pesquisas. Já o INTO aumentou sua projeção política e recebeu investimentos expressivos no segundo governo Lula, voltados para a construção de uma nova sede.

Ressalte-se como um acontecimento político relevante no período recente a "refederalização" de quatro hospitais gerais situados no município do Rio de Janeiro: Andaraí, Cardoso Fontes, Ipanema e Lagoa. Tais hospitais haviam sido transferidos para a gestão municipal no início dos anos 2000, porém enfrentaram problemas nos anos subsequentes. Em 2005, após um período de crise que culminou com a intervenção federal no município, os hospitais voltaram para a gestão federal[9]. Entre 2006 e 2010, houve iniciativas de fortalecimento da gestão desses hospitais, incluindo parcerias com hospitais privados e debates sobre a possibilidade de adoção de um novo modelo jurídico-institucional de fundações estatais de direito privado.

Cabe ainda destacar a existência de dois hospitais federais de referência ligados a Fundação Oswaldo Cruz, também localizados no Rio de Janeiro: o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC), especializado em doenças infecciosas; e o Instituto Fernandes Figueira (IFF), especializado em atenção materno-infantil.

Ressalte-se que os três institutos nacionais, além das atividades assistenciais, desempenham atividades de ensino e pesquisa e têm atribuições de apoio à formulação de políticas nas suas referidas áreas. Os institutos ligados à Fundação Oswaldo Cruz tiveram uma trajetória histórica de desenvolvimento de atividades assistenciais acopladas à pesquisa e ao ensino nas suas áreas de especialidade.

Além da prestação direta de serviços assistenciais, a esfera federal mantém atividades de produção direta de insumos estratégicos em unidades de referência ligadas à Fundação Oswaldo Cruz, como os institutos de tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) e em imunobiológicos (Biomanguinhos). Ressalte-se ainda o início da operação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), cuja fábrica está em construção e tem inauguração prevista para o ano de 2014.

---

9 A crise, de caráter assistencial, administrativo e político, teve relação com a baixa prioridade conferida à saúde pela gestão municipal e com a exacerbação de conflitos intergovernamentais e interpartidários. A intervenção federal no município do Rio de Janeiro foi autorizada por decreto presidencial e capitaneada pela equipe do Ministério da Saúde na gestão Humberto Costa, após um período de impasses relativos à situação da atenção hospitalar no município. Além dos quatro ex-hospitais federais, a intervenção abrangeu os hospitais municipais de emergência Miguel Couto e Souza Aguiar. Um mês após o decreto presidencial, o Supremo Tribunal Federal declarou a inconstitucionalidade da requisição dos hospitais municipais e o Ministério da Saúde passou a se concentrar nas medidas para a refederalização das quatro ex-unidades federais (ALVES e MACHADO, 2007).

4 | ARTICULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE COM OUTRAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A Constituição do Brasil afirma que a saúde deve ser garantida mediante políticas econômicas e sociais amplas. Existe uma ampla discussão sobre os determinantes sociais da saúde[10] e suas implicações, visto que a melhoria das condições de saúde de uma população depende de políticas públicas integradas que muitas vezes extrapolam o setor saúde e, portanto, a governabilidade direta das autoridades sanitárias.

Em termos gerais, quase todas as políticas públicas podem repercutir direta ou indiretamente sobre a saúde das pessoas. Isso evidencia que assumir seriamente o propósito de melhoria da situação de saúde do conjunto da população implica uma profunda reorientação da atuação do Estado, o que requer decisões políticas dos governos, respaldadas pela sociedade.

De forma sucinta, identificam-se quatro grupos de políticas com repercussões relevantes sobre a saúde, que requerem intensa articulação intersetorial:

1. Políticas econômicas, industriais e de trabalho — as políticas econômicas obviamente repercutem sobre condições sociais da população, incluindo as condições de saúde, de várias formas, além de delimitarem as possibilidades e limites (institucionais e financeiros) das políticas sociais. Cabe assinalar a importância das políticas industriais para a garantia da provisão de insumos adequados e suficientes para o sistema de saúde e os efeitos das políticas na área do trabalho e renda, tanto para a saúde da população quanto para o funcionamento dos mercados de trabalho no setor saúde. Ressalte-se ainda que o setor saúde, por outro lado, oferece oportunidades relevantes em termos do desenvolvimento industrial do país e da geração de empregos qualificados, o que traz a possibilidade de uma combinação virtuosa entre as dimensões econômica e social da saúde.

2. Políticas de habitação, saneamento e outras de infraestrutura urbana ou rural — tais políticas têm uma importância enorme para a situação de saúde da população. Por exemplo, são amplamente reconhecidos os efeitos do abastecimento de água e do saneamento adequado para a morbidade de crianças (BARRETO et al, 2007). O Brasil ainda apresenta um déficit habitacional e

10 Ver por exemplo o site e as publicações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (http://www.determinantes.fiocruz.br/).

de saneamento muito importante, o que torna fundamental o investimento nessas áreas, cuja responsabilidade historicamente tem sido fragmentada entre vários ministérios federais. O Plano de Aceleração do Crescimento — PAC — lançado em 2007 e atualmente sob coordenação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, previu uma série de projetos nesse sentido. No que concerne ao Ministério da Saúde, cabe assinalar que existem projetos de investimentos em saneamento sob responsabilidade da FUNASA (pequenos municípios, comunidades quilombolas, ribeirinhos, áreas de risco para determinadas doenças) e da Secretaria Especial de Saúde Indígena (saneamento em áreas indígenas). Parte desses projetos foi apresentada no âmbito do PAC-FUNASA, lançado em 2007 e incorporado em 2008 como um dos eixos do Plano Mais-Saúde (2008-2011).

3. Políticas de Educação — é amplamente reconhecida a relação entre níveis de escolaridade e a situação de alguns indicadores de saúde. Em um país com indicadores educacionais ainda precários (em termos de acesso e qualidade), os investimentos em educação e a articulação intersetorial podem ter efeitos bastante positivos para a saúde. Por outro lado, crianças e jovens que recebam cuidados de saúde adequados às suas necessidades podem apresentar condições mais favoráveis à aprendizagem. Por fim, outra dimensão relevante da articulação Saúde-Educação diz respeito à formação dos profissionais de saúde, que se configura atualmente como uma questão crítica para o Sistema Único de Saúde.

4. Políticas de combate à pobreza e de expansão de direitos de grupos em situação de vulnerabilidade social — considerando a existência no Brasil de um número expressivo de pessoas pobres, as políticas de combate à pobreza podem ter efeitos bastante importantes sobre a saúde. As políticas de saúde, por sua vez, podem contribuir para a redução da pobreza, compreendida em suas múltiplas facetas. Na última década, houve várias tentativas de articulação entre iniciativas de combate à pobreza e expansão de ações de saúde. Ressaltem-se ainda as estratégias voltadas para grupos específicos em situação de vulnerabilidade — população prisional, jovens em situação de risco de violência, população negra, grupos de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (GLBT) — que têm exigido políticas de saúde específicas, em articulação com outras políticas públicas.

Enfim, ter um povo com saúde implica um projeto de desenvolvimento nacional e de atuação do Estado que compreenda e articule: políticas econômicas sólidas, voltadas para o Bem-Estar Social; políticas universais consistentes em várias áreas (Previdência, Saúde, Educação); políticas focalizadas voltadas para grupos em condições de vulnerabilidade (combate à pobreza, expansão de direitos e atenção diferenciada a grupos específicos).

5 | DESAFIOS ESTRATÉGICOS PARA A RECONFIGURAÇÃO DO PAPEL FEDERAL NA SAÚDE

A identificação de desafios estratégicos para reconfiguração da atuação federal na saúde parte dos pressupostos inicialmente anunciados e das discussões apresentadas ao longo do capítulo. Assume-se como ponto de partida o marco constitucional-legal e a afirmação da saúde como direito de cidadania, a ser assegurada mediante políticas econômicas e sociais integradas e por uma política nacional de saúde norteada pelos princípios de universalidade e integralidade da atenção.

Reconhecer que as diretrizes constitucionais relativas à proteção social e à saúde não estão plenamente concretizadas implica explicitar fragilidades e admitir a necessidade de reorientação de rumos na atuação do Estado e nas suas relações com a sociedade. A configuração do sistema de saúde depende, em última análise, do modelo de país, de sociedade e de cidadania que se pretende alcançar. Ou seja, implica um projeto coletivo de transformação social, cujo sentido foi apontado pela Reforma Sanitária e pela Constituição de 1988, mas que tem sido sufocado por características histórico-estruturais da sociedade brasileira, como as marcantes desigualdades socioeconômicas, sob antigas e novas roupagens.

O Brasil apresenta um sistema universal de saúde, porém mais de 50% dos gastos em saúde são privados. As elites políticas e burocráticas, os trabalhadores organizados, os profissionais da saúde e as classes médias podem defender o Sistema Único de Saúde em tese, mas contam com planos ou seguros de saúde fortemente subsidiados pelo Estado. Parte dos trabalhadores que tem experimentado certa ascensão social nos últimos anos — em função do contexto de crescimento econômico associado à redução da pobreza — aspira o acesso a serviços privados de saúde. Embora várias pesquisas com usuários do SUS apontem bons níveis de satisfação com os serviços obtidos, outras pesquisas por amostragem da população sugerem uma imagem negativa do sistema público de saúde, não sendo possível afirmar que existe amplo reconhecimento, legitimidade, identidade e defesa do SUS pelo conjunto da sociedade. Ainda que os fatores explicativos para essa situação sejam de várias ordens, o nível de confiança no Estado para a garantia de serviços públicos de qualidade em geral não é alto. Tal fato, associado a fortes interesses econômicos, restringe as possibilidades

de aumento da carga de impostos, de realização de uma reforma tributária em um sentido mais redistributivo e de retirada de determinados subsídios diretos e indiretos ao setor privado em áreas críticas, como a da saúde.

Nesse contexto, cabe indagar se é possível concretizar as diretrizes constitucionais relativas à Seguridade e ao SUS por meio de mudanças incrementais — busca de maior efetividade das políticas, melhoria do acesso e da qualidade dos serviços públicos — ou se alcançá-las implicaria em um novo momento de inflexão no pacto social, com adoção de estratégias políticas mais radicais.

Sem pretender responder tal questão, é possível imaginar dois cenários para o sistema de saúde brasileiro em 2030. Em um primeiro cenário, considerado desejável e otimista (porém mais difícil de ser alcançado) assume-se a radicalização das diretrizes constitucionais relativas à proteção social, à Seguridade e ao Sistema Único de Saúde. Em um segundo cenário, mais conservador, prevê-se a realização de mudanças incrementais nas políticas sociais e de saúde, de forma a melhorar as condições de vida da população, porém sem romper com algumas distorções histórico-estruturais do sistema de proteção social brasileiro.

A seguir discutem-se os principais desafios estratégicos para a reconfiguração da atuação federal na saúde, considerando o cenário desejável (otimista). O enfrentamento limitado ou parcial desses desafios torna mais provável o segundo cenário (conservador).

No cenário otimista, o Brasil seria em 2030 um país bem situado no contexto mundial, com um modelo de desenvolvimento que articule as dimensões: econômica (crescimento sustentado, mesmo que gradual); social (orientado para o bem-estar social, com consolidação dos direitos universais, redução da pobreza e das desigualdades sociais) e política (consolidação da democracia, aumento da participação da população por via representativa e direta). Haveria de fato um Estado de Bem-Estar Social brasileiro, orientado para o pleno emprego (com condições dignas), alicerçado em políticas universais abrangentes e inclusivas (Previdência, Saúde, Educação) e em políticas de infraestrutura social (Saneamento, Habitação), articuladas a políticas de combate à pobreza, direcionadas para grupos específicos. Ademais, a dimensão territorial teria que ser fortalecida nas políticas públicas, dada a imensa heterogeneidade e as desigualdades observadas no país.

Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde teria ampla legitimidade social e a imensa maioria dos brasileiros — incluindo camadas médias urbanas — teria confiança nos serviços públicos de saúde ou mesmo a preferência em utilizá-los. Ainda que as condições para o alcance de tal cenário extrapolem muito a governabilidade dos atores setoriais, alguns desafios estratégicos relativos à reconfiguração da atuação federal na saúde podem ser identificados no que concerne à *capacidade institucional e ao modelo de intervenção federal e aos campos de atuação do Estado.*

Realiza-se neste texto uma primeira aproximação a esses dois grandes grupos de desafios, sendo necessário o desenvolvimento de estudos específicos que apoiem as mudanças na ação federal no que concerne aos aspectos aqui abordados.

Os principais desafios relacionados à *capacidade institucional e ao modelo de intervenção federal* seriam:

1. Planejamento — necessidade de fortalecimento da capacidade de planejamento em saúde no âmbito nacional, em uma perspectiva mais estratégica, integrada e de longo prazo. Isso exige a conformação de uma burocracia sólida, qualificada e estável no âmbito federal, com formação técnico-política na área de planejamento e gestão pública da saúde e com capacidade de diálogo e articulação com outros atores setoriais e extrassetoriais (outras áreas do governo federal, esferas de governo, academia, movimentos sociais, entidades profissionais, indústrias da saúde, prestadores de serviços, entre outros). Requer a elaboração de planos voltados para a reconfiguração do sistema de saúde no território nacional (expansão da oferta de serviços com mudanças no modelo de atenção e nas relações público-privadas), que considerem as mudanças demográficas e epidemiológicas, a dimensão territorial e que se associem à realização de investimentos federais expressivos.

2. Financiamento — garantia de estabilidade das fontes de financiamento da saúde e de ampliação dos recursos federais em termos de montante, participação no gasto público e no PIB; expansão da participação pública no gasto total. Para radicalizar o caráter universal do sistema, seria importante perseguir uma meta de financiamento majoritariamente público da saúde (ao menos 70%, com proporção de gastos privados de no máximo 30%), com participação mais expressiva dos gastos em saúde no PIB (cerca de 10%). Além disso, considerando a heterogeneidade e as desigualdades do setor, seria desejável uma nova expansão da participação federal nos gastos em saúde para ao menos 50% do gasto público total, assegurando-se a manutenção da participação dos municípios e o aumento da participação dos estados[11]. Ademais, seria importante: a progressiva retirada dos subsídios ao segmento de assistência médica suplementar

11 Principalmente dos estados que ainda não cumprem a determinação constitucional estabelecida pela emenda n. 29 / 2000, de aplicação de 12% de suas receitas correntes líquidas na saúde. Assinale-se que nos anos 2000, vários estados aumentaram a sua participação no financiamento da saúde, porém isso ainda tem sido bastante heterogêneo em termos de montante e tipos de despesas priorizadas.

(isenção tributária e outras formas); a adoção de critérios mais firmes que condicionem o repasse de recursos a entidades ou prestadores privados (exigência de atendimento exclusivo ou efetivamente majoritário ao SUS, eliminação de duplas portas de entrada); o aumento dos investimentos federais em áreas estratégicas e segundo critérios de equidade (e não somente segundo a lógica da indução da adesão a programas federais isolados, que podem acirrar desigualdades); entre outras mudanças.

3. Regulação — necessidade de fortalecimento da capacidade regulatória do Estado nos diversos âmbitos, o que inclui, sobretudo, rever os propósitos e a direcionalidade da regulação sobre os mercados em saúde e destrinchar as diversas formas de imbricamento entre o público e o privado, às vezes camufladas sob a generalidade da expressão "parcerias público-privadas".

- No que se refere aos planos e seguros privados, além da eliminação dos subsídios financeiros, seria fundamental rever as finalidades de atuação da ANS e subordiná-la a um projeto mais geral de transformação do sistema de saúde no sentido do fortalecimento do caráter público e universal do sistema e de contenção do crescimento dos mercados privados, sob intensa regulação estatal.

- Quanto aos prestadores privados de serviços ao SUS, é importante assegurar efetivamente a finalidade pública da prestação, o que implica critérios mais rigorosos de seleção, contratualização e regulação desses prestadores, visando evitar subsídios cruzados e a apropriação privada de recursos públicos.

- No que diz respeito às atividades econômicas que têm repercussões sobre a saúde (atividade agrícola, indústria de alimentos, indústria automobilística), a partir de uma visão de promoção da saúde é fundamental fortalecer as pesquisas sobre riscos sanitários e a regulação sanitária, de modo que os interesses da saúde coletiva não sejam subordinados aos interesses comerciais.

- Já no que concerne às indústrias de insumos para a saúde (medicamentos, reagentes, equipamentos), é possível apostar em uma combinação virtuosa entre as políticas de fomento à indústria nacional e as necessidades de atenção

à saúde da população, desde que as prioridades sanitárias sejam efetivamente consideradas nas decisões relativas ao desenvolvimento industrial nos diferentes segmentos relevantes para a saúde.

- Outra dimensão da regulação federal — relativa à configuração dos sistemas estaduais e municipais e saúde — está intimamente imbricada à questão da coordenação federativa da política de saúde, que em um contexto democrático requer o fortalecimento de relações intergovernamentais mais equilibradas e cooperativas.

4. Produção direta de serviços e de insumos — ainda que o papel federal de prestador direto de serviços de saúde tenha apresentado expressiva retração nos vinte primeiros anos de implantação do SUS, em face do processo de descentralização, ainda existem unidades federais em algumas unidades da federação, destacando-se os hospitais federais situados no Rio de Janeiro (caracterizados no Quadro 3). Alguns desses hospitais já passaram por processos de transferência para instâncias subnacionais que não foram bem sucedidos — dado o seu importante porte, complexidade e volume de recursos que mobilizam- retornando à esfera federal. No horizonte temporal previsto — 2022 e 2030- é importante investir no fortalecimento dos elementos diferenciais desses hospitais.

- Alguns deles devem ser reafirmados como institutos nacionais de excelência, que articulam atividades assistenciais especializadas com pesquisa clínica, ensino/ formação e desenvolvimento de projetos assistenciais pioneiros, além de apoiarem o Ministério da Saúde na formulação de políticas e definição de normas técnicas para suas respectivas áreas. Esse é o caso dos institutos nacionais do Câncer (INCA), de Cardiologia (INCL), de Traumato-Ortopedia e dos dois hospitais especializados ligados à Fundação Oswaldo Cruz (o Instituto Fernandes Figueira, na área materno-infantil; e o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, em doenças infecciosas). No caso dos outros seis hospitais federais é importante investir em torná-los centros de referência assistencial e fortalecer atividades correlatas de pesquisa clínica e formação em serviço.

- Já no que concerne à atividade federal na produção direta de insumos para saúde- com destaque para Biomanguinhos e

> Farmanguinhos, da Fiocruz, e para a Hemobrás -, é fundamental a realização de investimentos para que se afirmem como unidades vinculadas à pesquisa e inovação, que produzam insumos estratégicos de qualidade para o atendimento das necessidades do sistema público de saúde.

O segundo grupo de desafios estratégicos se relaciona aos *campos de atuação do Estado* na saúde, que são interdependentes. Sem pretender esgotar esse tema, apontam-se sumariamente alguns desafios relativos aos campos da atenção à saúde, gestão do trabalho e da educação e à vigilância epidemiológica.

No que diz respeito à *atenção à saúde,* destaque-se a importância de consolidação de um novo modelo de atenção, que articule promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, considerando as características e as mudanças demográficas e epidemiológicas em andamento. Por exemplo, considerando o aumento da população idosa e da prevalência de doenças crônico-degenerativas, é fundamental fortalecer as estratégias de prevenção — coletivas e individuais — e reorientar o sistema de saúde a partir do fortalecimento da atenção primária em uma perspectiva abrangente, assegurando o acesso aos diversos níveis de atenção, incluindo às tecnologias mais complexas. Além do fortalecimento da atenção primária e da regionalização em saúde, com conformação de redes de atenção, é importante ampliar políticas específicas voltadas para o enfrentamento de questões relevantes — como a atenção materno-infantil e a atenção à saúde mental — que ainda não estão bem equacionadas no conjunto do país.

De forma associada, existem desafios importantes relativos à *formação de profissionais e à gestão do trabalho em saúde* para que se viabilizem as mudanças necessárias no modelo de atenção. Isso requer a aproximação entre as áreas de Saúde e da Educação — particularmente com as universidades — e a expansão das estratégias de reformulação dos currículos e de educação permanente, representando uma atribuição estratégica da esfera federal, em parceria com estados e municípios. Ainda que iniciativas importantes nesse sentido tenham sido adotadas na última década, há um longo caminho a percorrer, particularmente no que concerne à formação e à inserção dos médicos no sistema público de saúde. Isso porque não existe sistema universal de saúde nem mudança no modelo de atenção sem a incorporação de médicos qualificados e comprometidos com os serviços públicos. Além dos aspectos formativos, a adesão dos médicos ao sistema público depende da garantia de condições adequadas de vínculo, de trabalho e de remuneração, bem como é condicionada por questões mais estruturais referentes às relações público-privadas e à tradição da prática médica.

No campo de *vigilância epidemiológica* — atualmente compreendido na estrutura federal sob a designação mais ampla de vigilância em saúde — faz-se necessária a consolidação de redes de informações eficientes que propiciem a

intervenção para o controle não apenas das doenças infecciosas sob vigilância, como também para o enfrentamento de agravos cuja importância tem crescido em termos de morbidade e mortalidade: as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as violências. Ou seja, mudanças no perfil de morbimortalidade da população requerem mudanças no padrão de intervenção do Estado no âmbito federal no que se refere ao campo da vigilância, já existindo esforços do Ministério da Saúde nesse sentido.

O enfrentamento dos desafios estratégicos nos dois âmbitos brevemente abordados — modelo de intervenção e campos de atuação — exige um amplo esforço da autoridade sanitária nacional e dos demais atores do setor Saúde no sentido do aumento da governabilidade sobre os rumos da política de saúde no país. Isso depende, por sua vez, questões estruturais e políticas mais amplas relativas ao modelo de desenvolvimento, à articulação entre políticas públicas e ao pacto da sociedade brasileira quanto aos níveis desejáveis de redistribuição e de igualdade social.

Em síntese, a atuação estratégica do Ministério da Saúde nas próximas duas décadas deve se orientar para: mudar o estatuto político da Saúde, afirmando-a como setor integrante de um novo modelo de desenvolvimento, centrado no bem estar social; promover a articulação virtuosa da política de saúde com as demais políticas públicas; defender a efetivação de saúde como direito de cidadania universal e fortalecer a base de apoio ao Sistema Único de Saúde na sociedade; consolidar fontes estáveis, ampliar e redirecionar o financiamento público do setor, reduzindo os subsídios ao setor privado; fortalecer a capacidade do Estado de planejamento e regulação, voltados para os interesses públicos da coletividade; reduzir as desigualdades em saúde e contribuir para a melhoria das condições sanitárias e de vida do conjunto da população brasileira.

6 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTO, LG; MACHADO, CV e TEIXEIRA M. O quadro de trabalhadores federais da saúde no Brasil: uma análise no contexto dos anos 2000. **Physis**, 21(4): 1537-1560, 2011.

ALMEIDA, MHT. O Estado no Brasil contemporâneo. In: MELO, CR; SÁEZ, MA (Orgs.). **A Democracia Brasileira:** balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007. p. 17-37.

ALVES, CA; MACHADO, CV. A política do Ministério da Saúde para os hospitais federais situados no Rio de Janeiro no período de 2003 a 2006. In: MACHADO CV (org). **O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira no período de 2003 a 2006.** Relatório de Pesquisa — FAPERJ, 2008.

ARRETCHE, M. Continuidades e descontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **Dados**, 52(2): 377-423, 2009.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):753-762, 2009.

BANTING, K; CORBETT, S. **Federalism and health care policy:** an introduction. Texto para discussão apresentado no Health Policy and Federalism Workshop, realizado em São Paulo, Brasil, 15-16/ 10/ 2001.

BAPTISTA, TWF Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cad Saude Publica**, 23(3): 615-626, 2007.

BARRETO, M. et al. Effect of city-wide sanitation programme on reduction in rate of childhood diarrhoea in northeast Brazil: assessment by two cohort studies. **Lancet**, 370: 1622–28, 2007.

BOSCHI, R.; LIMA, MRS. O Executivo e a construção do Estado no Brasil: do desmonte da era Vargas ao novo intervencionismo regulatório. In: VIANNA, L.W. (org.) **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ/FAPERJ, 2003, p. 195-253.

BOSCHI, R. Capacidades estatais e políticas de desenvolvimento no Brasil. In: MELO CR. E SÁEZ MA. (Orgs.) **A democracia brasileira.** Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007. p.303-326.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM/MS n.399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mais Saúde** — Direito de Todos: 2008-2011.3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de Gestão. **Gestão pública para um Brasil de todos:** um plano de gestão para o Governo Lula / Secretaria de Gestão. Brasília: MPOG, SEGES, 2003.

BRASIL. **PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Portaria GM/MS n. 2607 de 10 de dezembro de 2004.** Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS — Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, Diário Oficial da União 2004; seção I, 238: 69.

BRASIL. **PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto 7336, de 19 de outubro de 2010.** Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções

gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União 2010; 19 out.

DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e sociedade**, n. 17: 113-140, 2001.

EVANS, P. O Estado como problema e solução. **Lua Nova**, n.28/29, 107-156, 1993.

FAVERET, ACSC. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(2): 371-378, 2003.

FIGUERAS, J. et al. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: que puede aprenderse de la experiencia europea? **Gaceta sanitaria**, 16(1): 5-17, 2002.

FONSECA, C.M.O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

FRANCE, G. Compatibilità fra il federalismo e gli standard sanitari nazionali: una sintesi delle esperienze estere e possibili lezioni per l´Italia. In: **Federalismo, regionalismo e Standard Sanitari Nazionali:** quattro paesi, quattro approcci. Milano: Dott. A. Giuffrè Editore, 2001. p.169-197.

GADELHA, CAG. et al. Saúde e Desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, ALA; IBAÑEZ, N; ELIAS PR. (Org.). **Saúde, desenvolvimento e território.** 1a ed. São Paulo: HUCITEC, 2009. p. 97-123.

HAMILTON, W; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **Hist Cienc Saude Manguinhos** 10(3): 791-825, 2003.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, LD; MACHADO, CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. **Ciência e Saúde Coletiva,** 6(2): 269-291, 2001.

LIMA, LD. **Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde:** a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.

LIMA, et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2012 (no prelo). Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=7249. Acesso em: 20 mar. 2012.

LUCCHESE, G. **Globalização e regulação sanitária:** os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 245 f. Tese (Doutorado) — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MACHADO, CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. **Cad Saúde Pública**, 23 (9): 2113-2126, 2007a.

MACHADO, CV. **Direito universal, política nacional:** o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007b.

MACHADO, CV; BAPTISTA, TWF, LIMA, LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 15(5): 2367-2382, 2010.

MACHADO, CV. O Modelo de Intervenção do Estado na Saúde: notas sobre a atuação federal. In: Machado, CV; Baptista, TWF; Lima, LD (Orgs). **Políticas de Saúde no Brasil:** continuidades e mudanças. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012, p. 117-147.

MAJONE, G. Do Estado positivo ao estado regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. **Revista do Serviço Público**, 1999, n. 1, p. 5-36.

MATTOS, PTL. A formação do Estado regulador. **Novos Estudos Cebrap**, 76: 139-156, 2006.

MORAES, MVE; SILVA, TF, COSTA, PV. O mito do inchaço da força de trabalho do executivo federal. **Res Pública**, 7 (2):1-17, 2009.

PACHECO, RS. Regulação no Brasil: desenho das agências e formas de controle. **RAP,** v. 40, n. 4, p. 523-543, 2006.

SALLUM Jr., B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: SALLUM JR., B. (Org.). **Brasil e Argentina hoje:** política e economia. Bauru, SP: EDUSC, 2004. p. 47-77.

SANTOS, W.G. **O ex-Leviatã Brasileiro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

SILVA JR, J.B. **Epidemiologia em serviço:** uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 2004. Tese (Doutorado) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

UGÁ, M.A.D; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA. N.T. et al.(orgs.) **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p.193-233.

VIANA, ALA; LIMA, LD; OLIVEIRA, RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em um novo contexto — lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3): 493-507, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Statistics 2010.** Genebra: World Health Organization, 2010.

A Coordenação Federativa do Sistema Público de Saúde no Brasil

A COORDENAÇÃO FEDERATIVA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

Luciana Dias de Lima

1 | INTRODUÇÃO

Descentralização e regionalização são princípios complementares que norteiam a organização político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal como concebida na Constituição Federal de 1988 (CF 88) e na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1988 e 1990a), a descentralização, associada ao comando único em cada esfera de governo[1], redefine responsabilidades entre os entes, reforçando a importância dos executivos municipais e estaduais na política de saúde[2]. O fortalecimento desses governos se justifica como forma de promover a democratização e incorporar novos atores sociais (GERSCHMAN, 1995) de modo coerente com o desenho federativo brasileiro (AFFONSO e SILVA, 1995), e melhorar a eficiência, a efetividade e os mecanismos de *accountability* nas políticas públicas (MÉDICI, 1994).

Entretanto, os fatores que determinam os problemas de saúde não se restringem aos limites político-administrativos das esferas subnacionais no Brasil. Agrega-se o fato de que a maior parte dos municípios e muitos estados não possuem condições para prover de forma autônoma as ações e serviços necessários à sua população, apresentando recursos (financeiros, materiais e humanos) muito

1 O comando único (ou direção única) em cada esfera de governo é a tentativa de garantir, na gestão da política de saúde, a observância de um princípio comum a todo sistema federativo: a autonomia relativa dos governos na elaboração de suas políticas próprias. Assim, no âmbito nacional, a gestão do sistema deve ser realizada de forma coerente com as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, no âmbito estadual, com as políticas elaboradas pelas secretarias estaduais, e, no âmbito municipal, pelas secretarias municipais de saúde.

2 Mesmo enfatizando a descentralização como uma diretriz para organização do SUS (Art. 198), a CF 88 considera a saúde "direito de todos e dever do Estado" (Art.196), o "cuidar da saúde" uma competência comum (Art. 23) dos entes federados e a "defesa da saúde" objeto de legislação concorrente (Art. 24) entre União, estados e Distrito Federal (BRASIL, 1988). Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde e uma série de atos normativos editados ao longo dos anos 1990 e 2000 possibilitaram o melhor delineamento de funções entre os entes governamentais na política de saúde.

diferenciados entre si. Frente à concentração geográfica de serviços e às disparidades de porte populacional e condições político-institucionais entre os entes municipais e estaduais, a interdependência entre os governos é bastante significativa no SUS (MENDES, 1999; CAMPOS, 2006; SANTOS e ANDRADE, 2011), sendo necessário "transcender suas fronteiras" sem, contudo, desconsiderá-las, para se planejar e conformar uma rede de atenção integral à saúde no território[3].

Ressalta-se que as regiões geográficas na saúde são normalmente planejadas de modo a conter uma dada densidade tecnológica e autossuficiência de ações e serviços, capaz de responder às necessidades de uma população. Diversas variáveis, gerais e específicas do setor, influenciam a capacidade de resposta do sistema de saúde em âmbito regional, entre elas: o perfil demográfico, sócioeconômico e epidemiológico das populações; a distribuição e disponibilidade espacial de equipamentos, insumos e tecnologias, formação e qualificação profissional; as dinâmicas territoriais (políticas, econômicas e sociais) de determinadas regiões, como aquelas relacionadas às áreas metropolitanas e fronteiriças e à Amazônia Legal; as estruturas, meios e agentes que exercem influência sobre o território.

A regionalização, portanto, traduz-se como um processo político mais amplo, condicionado pelas relações estabelecidas entre diferentes atores nos espaços regionais: entes governamentais, organizações públicas e privadas, cidadãos (FLEURY e OUVERNEY, 2007; VIANA *et al.*, 2008; VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010). Inclui, ainda, o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede regionalizada de ações e serviços de saúde (MENDES, 2009 e 2010; KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Além disso, a regionalização pressupõe a diversidade de aspectos que distinguem o território brasileiro e que devem ser levados em consideração no planejamento de políticas públicas, buscando garantir a adequação e complementaridade das regiões (VIANA *et al.*, 2008), mas também uma inserção diferenciada da saúde nos processos de desenvolvimento, produção e incorporação tecnológica (GADELHA, MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2009).

Considera-se que a organização político-territorial de sistemas de saúde guarda especificidades em países federativos (PIERSON e LIEBFRIED, 1995). Sob regimes democráticos, o desenho institucional das federações garante a repartição do poder do Estado em múltiplos centros, de modo que diferentes esferas de governo possam participar do processo político e defender seus interesses e direitos originários (ELAZAR, 1987; LIJPHART, 2003). Dependendo do arranjo federativo adotado e da

3 Entende-se por rede de atenção integral à saúde o conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de modo ordenado e articulado. A concepção de rede de saúde expressa em documento da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2008) e em portaria recentemente publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) pressupõe o território como um de seus atributos, essencial para sua organização e funcionamento.

trajetória histórica da política de saúde nesses países, a implantação de sistemas nacionais universais pode exigir um processo longo e permanente de negociação entre autoridades políticas dotadas de legitimidade, visões e projetos distintos, envolvendo relações de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos.

Por outro lado, nesses países, a natureza sistêmica dos processos de descentralização e regionalização induz a mudanças na distribuição do poder e nas relações interinstitucionais estabelecidas na política de saúde, o que requer o fortalecimento de mecanismos de **coordenação**.

A coordenação federativa é concebida nesse trabalho como formas de articulação (interação, compartilhamento e decisão conjunta), que resultam na instauração de parcerias aprovadas pelas diferentes esferas governamentais, em diferentes setores das políticas públicas (ABRUCIO, 2005). Ela é um elemento-chave para se buscar o equilíbrio entre autonomia e interdependência dos governos e para amenizar os conflitos existentes entre eles, favorecendo um modus operandi cooperativo[4]. Diversos mecanismos possibilitam a coordenação de políticas: instrumentos legais e normativos voltados para a distribuição de funções e competências gestoras; instâncias federativas e mecanismos de negociação intergovernamental; funcionamento regular das instituições representativas; papel coordenador e/ou indutor do governo federal/estadual.

Para Viana, Lima e Oliveira (2002), a coordenação de políticas de saúde em cenário federalista também necessita da emergência de estruturas dedicadas à construção da relação centro/periferia, do reforço de burocracias eficientes nas diferentes esferas de governo, da atuação de gestores intergovernamentais e do desenvolvimento de instrumentos de diplomacia que favoreçam o entendimento e a cooperação intergovernamental.

Reconhecendo a complexidade do modelo preconizado no SUS, este capítulo tem como objetivo analisar os mecanismos de coordenação federativa implementados na política de saúde de 1990 a 2010, destacando-se limites e desafios, bem como propostas para seu aprimoramento nas próximas duas décadas.

Em termos metodológicos o trabalho ancora-se no referencial de análise de políticas públicas (HAM e HILL, 1993) e, particularmente, na abordagem

---

4 Tal como sugerido por Abrucio (2005), na gestão de políticas públicas a cooperação intergovernamental se faz necessária por várias razões, entre elas: aperfeiçoar o uso de recursos no caso de problemas de ação coletiva que atinjam mais de uma unidade federativa (como, por exemplo, as doenças transmissíveis por vetores e outros agravos cuja determinação e/ou controle envolvam mais de um município ou estado); auxiliar os governos com piores condições para exercerem suas responsabilidades evitando o "jogo de empurra" entre os entes; combater comportamentos predatórios e integrar o conjunto de políticas compartilhadas entre os governos; distribuir informações sobre administrações e experiências bem-sucedidas, incentivando o associativismo intergovernamental.

do institucionalismo histórico (THELEN e STEINMO, 1992; HALL e TAYLOR, 2003; PIERSON, 2004), tendo como pressuposto a influência das instituições nas estratégias e preferências dos atores, nos rumos, trajetórias e conteúdo das políticas. A importância dos arranjos federativos e das relações intergovernamentais instituídas no Brasil para análise da política de saúde é um argumento-chave que permeia a discussão deste capítulo. Utilizaram-se como fontes principais de pesquisa a produção bibliográfica bem como resultados de investigações recentes sobre os temas em questão, que envolveram a participação de pesquisadores da Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz (Ensp-Fiocruz)[5].

Três momentos foram considerados para desenvolvimento desse trabalho. Inicialmente, realiza-se um diagnóstico dos condicionantes político-institucionais que permeiam as relações intergovernamentais na política de saúde. Discorre-se sobre as características do pacto federativo consolidado no pós-88 (aspectos do sistema político, da Administração Pública e do federalismo fiscal) e suas implicações para a atuação do Estado na saúde. É feito, ainda, um balanço das políticas de descentralização e regionalização no SUS com ênfase nas mudanças e desafios associados ao Pacto pela Saúde, no período de 2006 a 2010.

Em seguida, aprofunda-se a análise da política de saúde segundo três mecanismos de coordenação federativa recorrentes na literatura sobre o tema: (1) a divisão de responsabilidades e funções gestoras entre as autoridades governamentais no contexto do marco regulatório do SUS; (2) as entidades representativas, as instâncias e os instrumentos de pactuação federativa no SUS (negociação, decisões compartilhadas e formalização de compromissos entre os gestores); (3) o sistema de partilha de recursos financeiros na saúde.

Por fim, à luz do diagnóstico anterior, são apresentadas algumas diretrizes para o desenvolvimento da coordenação federativa do sistema de saúde nos próximos vinte anos, e sugeridos alguns desdobramentos futuros para concretização destas propostas.

---

5 Entre elas, destacam-se os projetos de acompanhamento da condução nacional da política de saúde durante o governo Lula (financiamento CNPq e PAPES-Fiocruz), em andamento a partir de 2008; e a pesquisa sobre os condicionantes da regionalização em saúde nos estados no contexto do Pacto pela Saúde, intitulada “Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIB): as CIB e os modelos de indução da regionalização no SUS”, realizada no período de 2007 a 2010. Este último trabalho caracterizou-se como um projeto interinstitucional envolvendo pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, da Ensp-Fiocruz e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, tendo sido financiado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde e a Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os resultados desta pesquisa encontram-se disponíveis em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/cibs/index.php. Também foram consolidados em livro recém publicado citado amplamente neste capítulo: VIANA, A.L.A. e LIMA, L.D (Orgs). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Editora Contra-Capa, 2011.

2 | CONDICIONANTES INSTITUCIONAIS DA ORGANIZAÇÃO POLÍTICO-TERRITORIAL DO SUS

2.1 | Dilemas Relativos ao Pacto Federativo Brasileiro

Estudos sugerem que os conflitos políticos relacionados à divisão do poder territorial no Brasil tiveram início no período colonial (CARVALHO, 1996) e que as origens do pacto federativo no país remontam ao Império, quando são explicitados os poderes administrativos às então dezesseis províncias existentes, bem como suas competências relativas à tributação, à força policial e à participação nos processos decisórios nacionais (DOLHNIKOFF, 2005). No entanto, a instauração formal do federalismo se dá com a promulgação da primeira Constituição Federal Republicana em 1891. A adoção dessa forma de organização do Estado esteve relacionada à idéia de permitir maior descentralização e autonomia, face ao descontentamento das elites regionais com a centralização monárquica, buscando "manter junto" um país com fortes tradições localistas e heterogeneidades (ALMEIDA, 2001)[6].

Entretanto, somente esse aspecto é insuficiente para compreender a conformação da federação brasileira. Abrucio (2003) argumenta que o federalismo no Brasil também se diferencia pela ausência do republicanismo na base do sistema político, pois o fim da monarquia respondeu mais aos anseios por descentralização do poder do que pela democratização da política. Para esse autor, a instauração da República se subordina a um "certo ideal federativo" quando, ao invés de descentralizar redesenhando a forma de atuação da esfera nacional, enfraquecemo-la em prol da maior autonomia e riqueza proclamada por alguns estados (principalmente São Paulo e Minas Gerais) e do fortalecimento de oligarquias que dominavam a política local.

Isso permitiu ao governo central, ainda que limitado, atender a interesses políticos e econômicos locorregionais, por meio da canalização de recursos para poucas unidades territoriais, onde foram mantidas escassas as relações entre os entes da federação, em detrimento de um projeto de construção estatal nacional e abrangente. Nosso federalismo, portanto, nasce de modo centrífugo e hierárquico, mas também assimétrico e oligárquico no plano subnacional (ABRUCIO, 2003), características estas que demarcam ainda hoje a federação brasileira.

Ao longo da história, observa-se a alternância entre períodos de centralização e descentralização, relacionados aos regimes autoritários e à vigência da ordem democrática, que alteraram as relações de poder entre a União, os estados

6 Stepan (1999) buscou confrontar duas lógicas distintas que atuam na origem das federações: o federalismo como um arranjo político onde se juntam unidades político territoriais com autoridade política previamente existente *(come together)*; o federalismo como um arranjo que mantém juntas unidades territoriais que poderiam aspirar trajetórias independentes *(hold together)*.

e os governos locais[7]. Em seu estudo já clássico sobre o tema, Abrucio (1998) destaca o longo período do “unionismo autoritário” no Brasil, que vigorou como forma de relação intergovernamental na ditadura militar[8], seguido pela conformação, nos anos 1980, de um arranjo “estadualista”, consolidado com as eleições diretas para os governos estaduais e a vitória da oposição em 1982[9].

Alguns estudos tendem a enfatizar os aspectos negativos desse arranjo, que dificultam a formulação e implementação das políticas públicas frente à situação de ingovernabilidade gerada e ao movimento predatório dos estados (ABRUCIO e SAMUELS, 1997; ABRUCIO, 1998 e 2001). No entanto, esse diagnóstico não é consensual entre os cientistas políticos que se dedicam ao tema[10].

Um olhar minucioso sobre os anos 1990 mostra que foi possível implementar um programa amplo de estabilização econômica, encaminhar importantes reformas constitucionais e estabelecer limitações fiscais aos entes subnacionais a despeito do recrudescimento do poder dos estados na década anterior. Alguns autores assinalam que a extensão dos recursos de poder da Presidência da República no Brasil, auferida pela soma de poderes acumulada por sua tecnoburocracia no período nacional-desenvolvimentista (KUGELMAS e SOLA, 1999), e a visão centralizadora que predomina em nossa cultura política (ALMEIDA, 2005) ajudam a compreender a importância da União frente aos demais entes governamentais.

Assim, se o curto período “estadualista” em nossa federação existiu durante a redemocratização, é possível afirmar que ele entrou em crise ainda na primeira metade da década seguinte em função de uma série de mudanças decorrentes da própria Constituição de 1988, das prioridades federais e das condições políticas e econômicas do período recente. Tais mudanças alteraram o funcionamento das instituições federativas brasileiras, nas dimensões política, fiscal e administrativa, com implicações para as relações intergovernamentais.

---

7 A periodização do federalismo no Brasil já foi objeto de diversos trabalhos, com objetivos e perspectivas de análise distintas. Entre outros, Abrucio (1998), Kugelmas e Sola (1999), Viana, Lima e Oliveira (2002).

8 Este modelo firma-se sobre três pilares: o financeiro, o administrativo e o político. A centralização de receitas pelo Executivo Federal, a uniformização administrativa nas três esferas de governo e o controle das eleições dos governadores asseguravam a predominância da União sobre os demais entes federados.

9 O modelo “estadualista”, em que o Executivo Federal perdeu forças para o Congresso Nacional, e a União para os estados, surge pelo fortalecimento do poder dos governadores, assentado sobre: a coincidência temporal entre as crises do Estado desenvolvimentista e a do regime militar, aliado ao contínuo crescimento financeiro das unidades subnacionais; ao papel dos governadores na transição democrática; à importância das eleições estaduais no sistema político-eleitoral (tanto em relação à Presidência, como também às Assembléias Legislativas e às prefeituras municipais), e; à crise do presidencialismo brasileiro durante a década de 1980 e início dos anos 1990.

10 Almeida (2001), por exemplo, concorda com a tese de Abrucio de que os estados são atores políticos historicamente importantes, que exercem influência sobre suas bancadas no Congresso, sobre as eleições municipais e a conformação dos partidos, o que os torna, na metáfora utilizada por Abrucio, verdadeiros “barões da federação”. No entanto, pondera a falta de evidências que sustentem a afirmação de que o acúmulo de poder dos governadores os tenha transformado necessariamente em “jogadores com poder de veto” durante o período democrático, dificultando a realização da agenda de reformas pelo Executivo Federal.

Em primeiro lugar, destaca-se o fortalecimento dos municípios no sistema político nacional, que são transformados em entes federativos com o mesmo *status* jurídico-constitucional que os estados e a União, tendo suas competências e prerrogativas asseguradas por força da Lei Constitucional e do Poder Judiciário[11]. O Brasil, portanto, diferentemente das demais federações existentes no mundo, possui soberania partilhada por três esferas de governo, refletindo uma longa tradição do poder local no país[12.] O reconhecimento dos municípios como entes federativos foi também acompanhado por um processo importante de ampliação e descentralização de encargos sociais e recursos fiscais[13], e intensificação do processo de emancipação de novos municípios.

Sobre a criação de novos municípios, levantamentos efetuados indicam que no período entre 1980 e 2001 foram instalados 1.570 municípios no país (BREMAEKER, 2001)[14]. Segundo dados do último censo do IBGE (IBGE, 2010), existem no Brasil 5.565 municípios (incluindo Brasília), sendo que cerca de 70% possuem até 20 mil habitantes (Tabela 1). A população, no entanto, devido ao intenso processo de urbanização das últimas décadas concentra-se, na sua maioria (54%), nos municípios com mais de 100 mil habitantes destacando-se entre eles os metropolitanos.

---

11 A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 18, define que "a organização político-administrativa no Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos nos termos da Constituição" (BRASIL, 1988).

12 Souza (2005) enfatiza esse aspecto ao analisar a forma como o federalismo foi desenhado nas sete constituições que regeram as instituições brasileiras após a promulgação da República, acentuando o processo de descentralização administrativa e fiscal ocorrido para os municípios em períodos que precederam a Constituição de 1988. Além disso, o "movimento municipalista" no Brasil ganhou contornos mais nítidos a partir dos anos 1980. Desde esta época, é possível observar uma participação e atuação organizada dos municípios nos debates políticos que envolvem a reforma do setor saúde (GOULART, 1996).

13 Os municípios foram os principais beneficiados pela ampliação de tributos na Constituição de 1988 (RESENDE e AFONSO, 2001; REZENDE, 2003). Das receitas totais cedidas pelo governo federal, a maior parte vai para as jurisdições locais por meio do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). No que se refere aos estados, Prado (2003) estima que cerca de 30% de suas receitas arrecadas são transferidas aos municípios, incluindo 25% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), 50% do Imposto sobre Veículos Automotores (IPVA), e 25% do Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados (IPI-Exportação) recebido da União.

14 Segundo Bremaeker (2001), 31,8% deles entre os anos de 1980 e 1991, 30,8% em 1993, 34,0% em 1997 e 3,4% em 2001. Entre os estados, aqueles que apresentaram maior número de novos municípios no período entre 1980 e 2001 foram: Rio Grande do Sul (16,9% do conjunto brasileiro); Minas Gerais (8,3%); Paraná e Piauí (6,9% cada); Santa Catarina (6,1%); Tocantins e Maranhão (5,5% cada); Mato Grosso (5,4%); Bahia (5,2%); Goiás (4,8%); São Paulo (4,7%); e Pará e Paraíba (3,8% cada).

Tabela 01. Distribuição dos municípios e da população segundo classe de tamanho dos municípios — Brasil, 2010

Classes de tamanho dos municípios	Municípios		População	
	n.	%	n.	%
Até 2 000	118	2,1	197.429	0,1
De 2 001 a 5 000	1.183	21,3	4.176.916	2,2
De 5 001 a 10 000	1.212	21,8	8.541.935	4,5
De 10 001 a 20 000	1.401	25,2	19.743.967	10,4
De 20 001 a 50 000	1.043	18,7	31.344.671	16,4
De 50 001 a 100 000	325	5,8	22.314.204	11,7
De 100 001 a 500 000	245	4,4	48.565.171	25,5
Mais de 500 000	38	0,7	55.871.506	29,3
Total	5.565	100,0	190.755.799	100,0

Fonte: IBGE, 2010.

O fenômeno de emancipação dos municípios não é novo e decorre tanto das regras de partilha do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)[15] como da regulamentação sobre a criação, incorporação, fusão e desmembramento de governos locais[16].

A feição "municipalista" do texto constitucional fortalece na arena política os atores municipais e coloca novos desafios para os processos de condução de políticas públicas. Por um lado, abre possibilidades de transformação da relação Estado e sociedade e de maior experimentação em nível local. Por outro, sabe-se que a maioria dos municípios brasileiros (os de pequeno porte populacional) não tem arrecadação própria significativa e depende das transferências intergovernamentais de recursos, com limitada capacidade de aumentar seu grau de autonomia política e financeira a partir do processo de descentralização (PRADO *et al.*, 2003; LIMA, 2007a). Os gastos *per capita* com a manutenção dos quadros legislativos nas pequenas localidades, por vezes, superam as despesas com as políticas sociais (GOMES e MACDOWELL, 1999) e muitos municípios têm dificuldades administrativas, de formação e fixação de quadros

---

15 O desdobramento de um município, ao ratear sua base populacional, coloca-o em uma faixa populacional que atribui a ele um coeficiente de rateio relativamente mais favorável à apropriação dos recursos do FPM. Pela quantidade de recursos que o fundo mobiliza do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados arrecadados pela União, Dain (1995) pondera a existência no país de um incentivo financeiro potente à multiplicação de pequenos municípios.

16 Inicialmente, a Constituição definia que a criação de municípios deveria obedecer à legislação estadual e referendo da população diretamente interessada mediante a realização de plebiscito. Após a promulgação da Emenda Constitucional n.15 de 13 de setembro de 2006, novos municípios só poderão ser permitidos após divulgação dos Estudos de Viabilidade Municipal, apresentados e publicados na forma da Lei.

públicos qualificados, o que limita as condições para o exercício dos governos locais (SOUZA, 2002).

Ressalta-se que, com exceção da educação que possui um dispositivo de transferência compartilhada entre os governos (OLIVEIRA, 2003) [17], as relações fiscais predominantes, gerais e setoriais, se dão entre a União e os municípios, sendo pouco intermediadas pelos estados. As transferências estaduais, efetuadas por meio do ICMS, são particularmente importantes para as cidades médias e grandes, áreas com enormes carências, e onde vive a maior parcela da população. Entretanto, enquanto os principais mecanismos de transferência tributária adotados pelo governo federal são de natureza redistributiva (o FPM e as transferências automáticas do SUS), preponderam nas transferências regulares dos governos estaduais a devolução tributária (90% dos recursos totais transferidos). Isso acaba por restringir os instrumentos a cargo dos governos estaduais, que possibilitariam a compensação financeira e diminuição das desigualdades na capacidade de gasto dos municípios.

Cabe ainda salientar que o elevado número de municípios no Brasil favorece a *"pulverização da representação política"* (DAIN, 1995), tornando mais complexo o processo de formulação e implementação de políticas públicas. Além disso, tal como alertam Daniel e Somekh (2001), a idéia da descentralização como sinônimo de municipalização induz a um pensamento autárquico, que pressupõe que os governos locais possam equacionar sozinhos suas próprias dificuldades. Essa visão equivocada estimula mais a disputa do que a conformação de estratégias e instrumentos de parceria entre os governos (PESTANA e MENDES, 2004). Para o SUS, onde a cooperação é condição fundamental para otimização de serviços, a competição desmedida entre os governos locais acaba comprometendo a própria configuração do sistema no território.

Um segundo aspecto importante a ser considerado diz respeito às condições de financiamento das políticas sociais no pós-1988. A análise da década de 1990 demonstra que a descentralização tributária era incoerente, sobretudo, com o modelo de atuação do Estado na economia e na proteção social desenhado após a inflexão conservadora nos anos seguintes à Constituição (LIMA, 2009). A descentralização associada à ampliação dos encargos sociais colidiu diretamente com os objetivos de liberalização econômica e retração do Estado, pois os investimentos e o aumento dos gastos públicos necessários à universalização da cobertura de serviços essenciais como os da saúde e educação eram incompatíveis com o equilíbrio fiscal[18].

---

17 O Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB).

18 Varsano (1996) indica que os estados e municípios, ainda que favorecidos pelo aumento de receita tributária, continuaram com dificuldades financeiras diante de suas dívidas passadas e aumento de suas despesas correntes. Entre 1988 e 1990, verifica-se que os governos estaduais aumentaram cerca de 2% do PIB de sua receita disponível, despendendo cerca de 74% desse ganho com pagamento de pessoal. Nos municípios, 30% da receita adicional foram gastos com aumentos de salários. As principais fontes de despesa foram justamente as áreas de saúde e educação, para quais as responsabilidades dessas instâncias ampliaram-se e onde ocorreram transferências importantes de equipamentos e serviços, além de grandes gastos com o funcionalismo público.

Assim, foi necessário estabelecer formas para reapropriação de recursos e controle sobre os gastos para evitar uma ampliação ainda maior da transferência de recursos e das despesas públicas nos estados e municípios.

Lima (2007a) sistematiza os vários mecanismos utilizados pela União para recompor suas receitas tributárias e controlar o déficit fiscal decorrente dos aumentos das despesas nas esferas subnacionais de governo. Entre eles, destacam-se: a ampliação e contingenciamento das contribuições sociais que deveriam ser destinadas ao financiamento da Seguridade Social; o corte nos investimentos públicos federais; a implantação de condicionalidades para o repasse de recursos e renegociações da dívida pública com a União; as restrições legais sobre a gestão de recursos fiscais no nível subnacional.

Tais medidas incidiram nos orçamentos municipais e estaduais e no financiamento da saúde, frustrando expectativas de maiores benefícios associados à descentralização, mesmo após a vinculação de recursos estabelecida pela Emenda Constitucional n.29 (EC 29) de 2000 (LIMA, 2007a)[19]. No entanto, no caso dos estados, tiveram um impacto financeiro mais significativo, tendo em vista o alto grau de endividamento desses entes bem como às formas de renegociação do estoque de suas dívidas promovidas pelo governo federal (MORA, 1998; LOPREATO, 2000; MORA e VARSANO, 2001).

Durante os anos 1990, na esteira do abandono pelo governo federal das políticas de desenvolvimento regional, os estados passaram a utilizar seu poder de gestão sobre as alíquotas do ICMS como instrumento de política econômica, em prejuízo à arrecadação, com o objetivo de atrair novos investimentos e promover o desenvolvimento industrial, configurando o fenômeno de “guerra fiscal”[20].

Prado e Cavalvanti (2000) indicam que a nova onda de investimentos privados nacionais e estrangeiros que se formou nesta época no Brasil impulsionou a disputa interestadual. Estados menos desenvolvidos, temendo perder investimentos

---

19 Um dos movimentos pela busca da estabilidade financeira da saúde no Brasil foi conduzido por parlamentares, buscando a vinculação de aportes para a saúde nos orçamentos das três esferas de governo. Após várias reformulações à proposta original, a EC 29 é aprovada em 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000a), sete anos após seu primeiro envio ao Congresso. A EC 29 estabeleceu que a União deveria, em 2000, aplicar em ações e serviços públicos de saúde o montante de recursos empenhados pelo Ministério da Saúde em 1999, acrescido de pelo menos 5%, ao passo que, no período de 2001 a 2004, deveria destinar à saúde o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Para os estados e municípios, os percentuais mínimos de vinculação são de, respectivamente, 12% e 15%, da receita de impostos diretamente arrecadados e das transferências tributárias constitucionais, deduzindo-se para o cálculo da base vinculável dos primeiros, as transferências obrigatórias para os municípios. Os dispositivos da EC 29 vigorariam até a publicação de uma Lei Complementar que até o momento não foi aprovada pelo Congresso Nacional.

20 O manejo das alíquotas do ICMS para atrair investimentos quando praticado sem a aprovação do conjunto dos estados é considerado ilegal no Brasil. No entanto, a falta de mecanismos regulatórios satisfatórios e a atuação do próprio Conselho Nacional de Política Fazendária (CONFAZ), composto pelos Secretários de Fazenda dos estados, acabaram acentuando sua ocorrência.

em conseqüência das melhores condições dos principais centros industriais do país, passaram a oferecer maiores incentivos.

A partir de 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) estabelece condições duras a serem observadas na gestão das contas públicas das diferentes esferas de governo e nos três Poderes para sustentar a disciplina fiscal (BRASIL, 2000b). A Lei enfatiza a transparência como condição para aumentar o controle dos contribuintes sobre as ações. Dentre os dispositivos de maior impacto para a gestão subnacional, destaca-se o limite de comprometimento da receita corrente líquida com o pagamento de pessoal, fixado em 60% para estados e municípios. O não cumprimento das obrigações leva a várias penalidades, inclusive incriminações pessoais.

Segundo Lopreato (2000), diante das limitações financeiras e das pressões para o ajuste fiscal, os estados *"perdem capacidade de atuação"*.

A partir de 2004, os estados voltam a recuperar a sua capacidade de gasto devido ao crescimento econômico que se reflete nas receitas fiscais arrecadadas (principalmente o ICMS) e na geração de superávits. Entretanto, as restrições aqui destacadas não podem ser desconsideradas quando se analisa o desempenho dos estados em relação às suas despesas próprias com ações e serviços públicos de saúde e o descumprimento ainda freqüente em relação aos dispositivos da Emenda Constitucional 29 (MESQUITA, 2008).

Um terceiro elemento que tensiona as relações intergovernamentais, refere-se ao predomínio de competências comuns aos três entes no terreno das políticas sociais e do caráter concorrente da União e dos estados no que diz respeito à temática legislativa[21], associado à insuficiência dos mecanismos de coordenação federativa existentes (BRASIL, 1988).

No Brasil, optou-se por uma modalidade de federalismo cooperativo, que introduz a possibilidade de execução conjunta e admite a participação de mais de uma esfera política nas tarefas governamentais (DALLARI, 1995). Segundo Almeida (2001), esse padrão é comum em diversas federações do mundo e permite maior flexibilidade na distribuição de responsabilidades em situações de expressivas desigualdades como é a brasileira. Simultaneamente, o constituinte remeteu à Lei Complementar a responsabilidade sobre a fixação de normas para a cooperação intergovernamental.

As políticas sociais, no âmbito de sua regulamentação específica, estabeleceram caminhos próprios para a repartição de competências e funções do Estado, e para a criação de arranjos e instrumentos de coordenação e cooperação

---

21 Segundo o Art. 24 da Constituição Federal, a União tem a competência de estabelecer normas gerais que podem ser complementadas por legislação estadual, desde que estas não sejam contrárias às regras mais amplas (BRASIL, 1988). Os estados podem exercer competência legislativa plena somente nos casos de ausência de legislação federal sobre as normas gerais.

entre as instâncias de governo. A política de saúde, por exemplo, desenvolveu regras e instrumentos que possibilitaram sua adaptação em nível estadual, e impuseram ritmos e situações diferenciadas ao processo de descentralização do SUS, com flexibilidade para atender a situações de desigualdades das unidades subnacionais (ARRETCHE, 2000). Por outro lado, destaca-se a criação e o fortalecimento de instâncias de negociação e pactuação entre os gestores do SUS e o exercício da gestão compartilhada na saúde (MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2007).

Porém, ao mesmo tempo em que a questão da cooperação intergovernamental foi remetida para as políticas específicas, não foram revistos os espaços e mecanismos institucionais no âmbito mais geral da federação para gerar as condições políticas e econômicas necessárias à coordenação federativa.

Nesse sentido, chama atenção que a Lei Complementar para fixação das normas para cooperação não tenha entrado na agenda de discussões dos fóruns Legislativos, nem tenha sido objeto de votação do Senado, por excelência a câmara de representação dos estados e que deveria ter como foco as questões de interesse federativo. Mesmo no âmbito dos Executivos, há poucos espaços formais e não há tradição de debate e cultura de negociação política envolvendo os assuntos pertinentes à federação[22]. Vale ainda mencionar que, até 2005, não existia no Brasil uma legislação específica que apontasse as formas de consorciamento entre os entes da federação. Somente em abril de 2005 foi aprovada a Lei 11.107/2005, que dispõe sobre a contratação de consórcios públicos, regulamentada posteriormente através do Decreto 6.017/2007 (PEDREIRA, 2007) [23].

Por último, cabe enfatizar a importante assimetria de poder entre esferas do mesmo nível de governo e a desigualdade entre elas. A desigualdade regional é uma marca da nossa federação desde seu nascedouro e até o hoje não foi suficientemente enfrentada pelos sucessivos governos, tendendo a aumentar frente ao processo atual de abertura da economia brasileira. Em que pesem as diferenças políticas e econômicas existentes, há uma tendência à adoção de regras uniformes para as esferas subnacionais, dificultando a adoção de políticas próximas a suas realidades e prioridades (SOUZA, 2005).

Noutro aspecto, o território, como elemento de síntese das desigualdades sócioeconômicas existentes, não se apresentou como objeto principal do planejamento nas diferentes áreas do governo durante toda a década de 1990, restringindo-se

---

22 Apenas em 2003, é criada uma estrutura no Executivo Federal — a Sub-Chefia de Assuntos Federativos — para auxiliar os governos, a Presidência e os Ministros de Estado, nos programas e projetos pertinentes à federação.

23 A ausência de Lei específica não inibiu a constituição de consórcios intermunicipais no Brasil. Segundo Pedreira (2007), no ano de 2005, somente na saúde, havia no país 1.907 municípios (34,3% do total) participando de consórcios. A autora sugere que, tendo em vista a fragilidade do ordenamento legal, são os próprios entes federativos que começam a reivindicar um tratamento jurídico mais adequado ao tema. A legislação recente sobre os consórcios públicos vem a atender a estas demandas, mas sua aplicação parece bastante complexa e suscita questionamentos em relação ao papel dos estados no processo.

às políticas de desenvolvimento macrorregional no plano nacional (GADELHA, MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2009). Segundo Brandão (2007), o período também se caracteriza pela defesa irrestrita das vicissitudes da escala local em detrimento da análise da natureza hierárquica da geração e apropriação da riqueza entre as múltiplas escalas intermediarias (e das mediações) que se impõem entre o local e o global. Tal postura embotou a capacidade política e técnica na construção de estratégias de desenvolvimento regional e, de certo modo, possibilitou a convergência de pensamento e a acomodação de interesses. Para a saúde, o avanço limitado da lógica territorial na condução da política e ênfase no "localismo" (ou da escala municipal) repercutiu diretamente no processo de descentralização e regionalização da saúde como será discutido a seguir.

O Quadro 1 sintetiza os principais dilemas associados ao pacto federativo brasileiro destacados nesta seção.

Quadro 01. Dilemas federativos que permeiam as relações intergovernamentais na saúde

Dimensões	Dilemas federativos
Política	Predomínio de cultura política centralizadora
	Fortalecimento dos municípios no sistema político
	Pulverização e fragmentação de interesses no âmbito loco-regional
	Oligarquização do poder local e regional
	Governabilidade reduzida dos entes subnacionais
	Limitações dos mecanismos de negociação intergovernamental
	Insuficiência de mecanismos regulatórios entre os governos
Fiscal	Predomínio das relações fiscais entre a União e os municípios
	Insuficiência dos mecanismos de equalização fiscal a cargo dos estados
	Privilegiamento dos municípios na descentralização tributária
	Endividamento e restrição da autonomia orçamentária dos entes subnacionais
	Guerra fiscal entre os estados
Administrativa	Número elevado de municípios brasileiros com limitadas condições político-institucionais
	Predomínio de competências comuns e concorrentes entre os governos
	Insuficiência dos espaços e mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamental
	Assimetria de poder e desigualdades entre os governos subnacionais
	Uniformidade das regras nacionais e pouco enfrentamento das desigualdades territoriais com estratégias regionais

Fonte: Adaptado de Lima, Machado, Baptista e Pereira, 2010.

2.2 | Balanço dos Processos de Descentralização e Regionalização da Política de Saúde no Período de 1990 a 2010

A política de saúde desenvolveu mecanismos próprios de indução e coordenação, permitindo a acomodação das tensões federativas nos processos de descentralização e regionalização do SUS (ARRETCHE, 2002; VIANA e MACHADO, 2009). A regulação desses processos foi realizada pelo Ministério da Saúde por meio da normatização, consubstanciada pela edição anual de dezenas de portarias, em geral, associadas a mecanismos financeiros, que favoreceram a adesão e implementação das políticas pelos gestores locais e estaduais (MACHADO, 2007) e o aprendizado institucional das secretarias de saúde (VIANA *et al.*, 2002).

De caráter transitório, as normas federais foram sendo complementadas e sucessivamente substituídas, sendo marcadas por debate cada vez mais intenso envolvendo as três esferas de governo e o Conselho Nacional de Saúde (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001). Nos anos 1990, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB) e, em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS, reformulada em 2002). A partir de 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde, composto pelo Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006a e 2006b).

No plano nacional, os contextos históricos e político-institucionais relacionados à formulação e implementação dessas políticas propiciaram a revisão e atualização de procedimentos em vigor, sendo possível a identificação de elementos de continuidade e mudanças no marco regulatório do SUS (VIANA, LIMA e OLIVEIRA, 2002). Os elementos constitutivos da regulação encontram-se sistematizados no Quadro 1, considerando quatro aspectos-chave para os processos de descentralização e regionalização na saúde: (1) os mecanismos utilizados para a transferência de recursos federais (mecanismos de financiamento federal); (2) as formas de organização e prestação da atenção à saúde (modelos de atenção à saúde); (3) a integração das ações e serviços no território (racionalidade sistêmica); e, (4) as formas de relacionamento e divisão de funções e responsabilidades entre os governos (relações e acordos federativos).

Quadro 02. Elementos constitutivos da regulação dos processos de descentralização e regionalização no SUS — Brasil, 1990 a 2010

Período	Principais portarias em vigor	Mecanismos de financiamento federal	Modelos de Atenção	Racionalidade Sistêmica	Relações e acordos federativos
1990 a 1992	NOB 91/92	Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada	Ausente	Ausente	Negociações em âmbito nacional por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais (CONASEMS) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
1993 a 1995	NOB 93	Forma preponderante: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada Forma residual: transferências em bloco (*block grants*) segundo montante definido no teto financeiro	Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a condição de gestão mais avançada vigente (semiplena)	Fraca: vinculada às negociações municipais isoladas	Negociações em âmbito nacional e estadual, por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Iniciativas isoladas de consórcios Formalização de acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS
1996 a 2000	NOB 96	Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (*project grants*) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas	PACS/PSF Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutricionais, catarata, varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção á população indígena.)	Moderada: vinculada às negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (Programação Pactuada e Integrada - PPI)	Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex: CIB regionais) Iniciativas isoladas de consórcios Formalização de acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI

Quadro 02. Elementos constitutivos da regulação dos processos de descentralização e regionalização no SUS — Brasil, 1990 a 2010 (cont.)

Período	Principais portarias em vigor	Mecanismos de financiamento federal	Modelos de Atenção	Racionalidade Sistêmica	Relações e acordos federativos
2001 a 2005	NOAS 2001/ 2002	Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (*project grants*) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais	Manutenção dos dispositivos anteriores e: Definição das responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade Criação de protocolos para assistência médica	Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no planejamento regional; ênfase nas negociações intermunicipais no processo de planejamento sob coordenação da instância estadual (PPI, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos)	Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex: CIB regionais) Iniciativas isoladas de consórcios Formalização de acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica)
2006 a 2010	Pacto pela Saúde	Transferências em grandes blocos segundo nível de atenção à saúde, tipo de serviço, programas e funções	Definição de responsabilidades em todos os níveis e campos de atenção	Forte: vinculada à ampliação da concepção que embasa a regionalização da saúde no âmbito estadual; ênfase na pactuação política entre as diferentes esferas de governo; manutenção dos instrumentos previstos na NOAS (PPI, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos)	Negociações em âmbito nacional, estadual e regional, por meio da conformação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) Formalização de acordos entre gestores por meio da PPI, da assinatura de termos de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida. Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados (conjunto de metas atreladas a indicadores)

Fonte: Adaptado de Viana, Lima & Oliveira (2002).

A análise das políticas federais desenhadas ao longo dos anos 1990 e 2000 permite aferir o descompasso entre os processos de descentralização e regionalização no SUS. Em que pesem os movimentos de centralização legislativa e financeira da função estatal destacados por alguns autores (ALMEIDA, 2007; ARRETCHE, 2009), a década de 1990 é testemunha da passagem de um sistema centralizado para um modelo em que milhares de governos municipais tiveram ganhos relativos de autonomia adquirindo uma atuação importante no campo da saúde[24]. Entretanto, a regionalização foi destacada de modo tardio na política nacional de saúde[25].

As razões para o privilegiamento da estratégia de descentralização podem ser explicadas pelo próprio momento de constituição do SUS, quando a descentralização de recursos, competências e responsabilidades para as esferas subnacionais de governo foram identificadas no discurso contra o regime militar e o autoritarismo, com a ampliação da democracia e maior eficiência governamental[26]. Sem embargo, outros fatores devem ser considerados na explicação da experiência brasileira, caracterizada pela dissociação entre os processos de descentralização e regionalização.

A descentralização, reduzida em seu significado precípuo, não se configurou num projeto estratégico de intervenção econômica e social com vistas ao desenvolvimento (GADELHA et al, 2009). Pelo contrário, a agenda desenvolvimentista foi substituída pelo debate da redemocratização do Estado nos anos 1980 e pela busca de estabilização monetária nos anos 1990 (SALLUM JR., 2004), tendo sido possível adequar a descentralização aos projetos de enxugamento do Estado e de estabilização macroeconômica, num contexto de restrição fiscal e financeira[27].

Neste contexto, as condições para um projeto de descentralização virtuoso, que atendesse às finalidades da política nacional de saúde — de garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde e da atenção integral compatível com as necessidades e demandas diferenciadas da população — não foram asseguradas. Em conseqüência, os resultados da descentralização brasileira na saúde são contraditórios

24 Destaca-se que a descentralização na saúde envolve a transferência de poder decisório, da gestão de prestadores públicos e privados, da apropriação e execução de recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal para estados e, principalmente, para os municípios.

25 Embora prevista como um princípio do SUS, a regionalização é reforçada somente a partir de 2000, quando da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e, de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006.

26 Matrizes ideológicas e experiências diversas informam o processo de descentralização da política de saúde durante as décadas de 1980 e 1990 (RIBEIRO, 2009). Na agenda reformista da saúde a descentralização esteve atrelada a valores mais abrangentes, sendo concebida como processo fundamental para a universalização, a integralidade e a construção do próprio sistema de saúde (VIANA, 1994)

27 O processo de descentralização da saúde não colidiu diretamente com as idéias liberais fortalecidas durante os anos 1990 (MELO, 1996; COSTA, 2002, NORONHA e SOARES, 2001). Os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado, fundados em bases político-ideológicas diferentes, geraram certo consenso acerca da necessidade de se descentralizar a saúde e favoreceram sua implementação no SUS (RIBEIRO, 2009), ainda que com contornos diferentes do projeto original da reforma sanitária.

e altamente dependentes das condições prévias locais (VIANA, FAUSTO e LIMA, 2003). Observa-se que as características dos sistemas descentralizados de saúde são bastante heterogêneas no território nacional, refletindo as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e as distintas disposições políticas de governadores e prefeitos (SOUZA, 2002).

O território também não se apresentou como objeto principal de análise e planejamento para as diferentes áreas de governo ao longo desse período, embora, na saúde, iniciativas esporádicas tenham se dirigido para regiões mais carentes (VIANA *et al.*, 2007)[28]. Há, portanto, uma fragilidade da lógica territorial na formulação de políticas públicas. A falta de um planejamento regional das estratégias de descentralização comprometeu sua adequação às múltiplas realidades brasileiras. Com isso, não houve uma diversificação de políticas e investimentos que melhor relacionasse as necessidades de saúde às dinâmicas territoriais visando à redução da iniquidade em diferentes planos.

Sem a face da regionalização, a descentralização acoplou-se ao desenho federativo consolidado pelas regras constitucionais brasileiras, desconsiderando o papel das esferas estaduais de governo e acentuando as atribuições dos municípios na provisão de serviços. Em que pesem os resultados positivos do processo de municipalização — entre outros, a ampliação do acesso à saúde, a incorporação de práticas inovadoras no campo da gestão e da assistência à saúde e a incorporação de novos atores que dão sustentabilidade política e financeira ao setor — permanecem problemas relativos à intensa fragmentação e à desorganização de serviços de saúde devido à existência de milhares de sistemas locais isolados.

Assim, o balanço que se faz do modelo de descentralização no SUS até o início dos anos 2000 é de que o mesmo foi importante para a expansão da cobertura de serviços e recursos públicos provenientes dos governos subnacionais. Porém, não foi capaz de resolver as imensas desigualdades regionais presentes no acesso, utilização e gasto público em saúde, além de não ter conduzido à integração de serviços, instituições e práticas no território e à formação de arranjos mais cooperativos na saúde.

O Pacto pela Saúde, publicado em 2006 e ainda em vigor, busca maior coerência e aproximação entre os conteúdos do território (a regionalização) e as diretrizes da política de saúde (entre elas, a descentralização), bem como fortalecer a negociação e a pactuação intergovernamental nos processos de organização político-territorial do SUS.

O Pacto propõe a redefinição das responsabilidades coletivas dos três entes gestores e a definição de prioridades, objetivos e metas a serem atingidos no âmbito setorial

---

28 Neste aspecto, cabe ressaltar os esforços de formulação da política de saúde para a Amazônia Legal, bem como alguns incentivos financeiros criados no âmbito da atenção básica visando a compensação das desigualdades regionais.

(BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Durante os anos de 2006 a 2010, vários documentos são produzidos com o objetivo de detalhar algumas propostas e instrumentos operacionais do Pacto pela Saúde, bem como de fornecer orientações para negociação intergovernamental e implantação de estratégias e políticas em áreas específicas. As proposições do Ministério da Saúde assumem a feição de compromissos pactuados reunidos em quatorze cadernos da série Pactos pela Saúde publicados até dezembro de 2010.

O Pacto pela Vida corresponde à definição de prioridades, que se traduzem em objetivos e metas de melhoria das condições de saúde da população acordadas pelas três esferas de governo. Já o Pacto em Defesa do SUS, indica a necessidade de um movimento político mais amplo que aumente a base de apoio à política de saúde nos governos e na sociedade. Por sua vez, o Pacto de Gestão, estabelece diretrizes para o aprimoramento da gestão do SUS em oito aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

Diferenciando-se dos instrumentos anteriormente adotados no âmbito do SUS, a formalização dos acordos intergovernamentais inclui diversos âmbitos da gestão e atenção à saúde. A adesão ao Pacto é feita por meio do preenchimento e assinatura de Termos de Compromisso de Gestão (TCG) pelos gestores, que devem ser aprovados e homologados nas respectivas Comissões Intergestores em âmbito estadual e nacional, substituindo os antigos processos de habilitação às Normas Operacionais do SUS. As mudanças nos mecanismos de financiamento federal envolvem a unificação das centenas de repasses realizados anteriormente, por meio da criação de seis grandes blocos para transferência de recursos vinculados ao SUS.

No que concerne à regionalização, destaca-se o resgate de seu conteúdo político, ao admitir que a organização do sistema de saúde deva levar em conta a diversidade dos elementos que caracterizam e distinguem o território brasileiro, enfatizando a importância da condução e adaptação estadual e restringindo as determinações federais nesse processo (BRASIL, 2006c)[29]. O Pacto reatualiza os instrumentos de planejamento da NOAS e amplia a visão da regionalização para além da assistência à saúde. Propõe-se, ainda, a implantação de instâncias colegiadas de gestão permanente dos espaços regionais definidos nos Planos Diretores de Regionalização

---

29 Segundo o Pacto, as regiões de saúde *são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infra-estrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a eqüidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma 'regionalização viva'.* (BRASIL, 2006c: p.23).

visando de ampliar a governança regional do SUS: os Colegiados de Gestão Regional (CGR)[30] (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2010).

Destaca-se que, no contexto do Pacto, a regionalização se associa a uma perspectiva mais ampla e integrada de transformação socioeconômica e de redução das desigualdades regionais, sendo amparada pela expansão do investimento público federal e estadual[31], ainda que os problemas do financiamento na saúde permaneçam.

Em síntese, o Pacto pela Saúde representa uma inflexão nas relações federativas por enfatizar a necessidade de articulação de ações e cooperação intergovernamental na política de saúde de forma ampla, com valorização das esferas estaduais e municipais e criação de novas instâncias regionais.

Como demonstram estudos recentes, diversos são os fatores e a natureza dos fenômenos que condicionam e particularizam as experiências estaduais, influenciando os ritmos e graus de adesão ao Pacto pela Saúde e a implantação dos Colegiados de Gestão Regional (LIMA et al, 2011) bem como os diferentes estágios da regionalização no SUS (ALBUQUERQUE, IOZZI e MELLO, 2011)[32].

Entre os fatores de natureza histórico-estrutural, destacam-se aqueles ligados às dinâmicas socioeconômicas e às características dos sistemas de saúde no plano loco-regional (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010)[33]. Entre os aspectos de ordem político-institucional, o legado de implantação de políticas prévias de descentralização e regionalização, o aprendizado institucional acumulado pelas instâncias do SUS (particularmente, os Conselhos de Representação dos Municípios e as Comissões Intergestores Bipartites) e pelos governos estaduais e municipais, a existência de uma dada cultura de negociação intergovernamental, a qualificação técnico-política da burocracia, e os modos de operação e condução das políticas de saúde nos estados. No que tange aos fatores conjunturais, os relacionados à ação política, como o perfil e trajetória dos atores sociais, a dinâmica das relações intergovernamentais e a prioridade da regionalização na agenda governamental, repercutem no processo decisório e nas escolhas realizadas.

---

30 No âmbito do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), estes passam a ser denominados como Comissões Intergestores Regionais.

31 Estimativas feitas com base no Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde e no Relatório Resumido da Execução Orçamentária da União (LEVI e SCATENA, 2011), demonstram que, no período de 2002 a 2008, o volume de recursos destinados ao financiamento do SUS pela União, estados e municípios aumentou cerca de 58% em termos reais, de 76 bilhões para 119 bilhões (valores correspondentes à dezembro de 2009), o que representa um crescimento anual médio próximo a 10%.

32 Neste estudo, os estados foram classificados segundo diferentes estágios da regionalização na saúde. Para tanto, consideraram-se duas variáveis principais: a institucionalidade (incipiente, intermediária e avançada) e governança (coordenada-cooperativa, coordenada-conflitiva, cooperativa, conflitiva, indefinida) do processo de regionalização.

33 A partir da aplicação de técnicas estatísticas (modelo de análise fatorial e de agrupamentos) as autoras identificaram cinco grupos de regiões conformadas pelos Colegiados de Gestão Regional na saúde, que se diferenciam segundo condições socioeconômicas e complexidade do sistema de saúde.

No entanto, sugere-se a permanência de alguns desafios, sendo as estratégias e instrumentos propostos no âmbito do Pacto insuficientes per se para prover os avanços necessários à condução da descentralização e regionalização da saúde nos estados brasileiros.

Em primeiro lugar, a regionalização prevista no Pacto pela Saúde apresenta inúmeros conflitos com a descentralização tal como esta se realizou no Brasil. Isso porque a primeira (a regionalização) tem natureza complementar e se forma a partir de elementos de diferenciação e diversidade territorial; a segunda (a descentralização) se constituiu de maneira finalística, não complementar, pela redistribuição de responsabilidades e recursos para unidades político-territoriais específicas. Por essas razões, a regionalização, ao evocar maior responsabilidade das instâncias estaduais e redefinir o papel dos municípios, pode gerar a necessidade de revisão de acordos desprovidos de racionalidade sistêmica estabelecidos durante a descentralização anterior, indo de encontro a interesses já acomodados durante esse processo.

Também não estão claras as relações entre os processos de regionalização e a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão, que formalizam os acordos intergovernamentais no Pacto. Segundo estes dispositivos, a adesão dos governos subnacionais ao Pacto pode ocorrer sem que a regionalização seja de fato fortalecida[34] e sem que esta represente qualquer avanço para a descentralização do sistema em âmbito estadual[35].

Em segundo lugar, permanece o risco de desarticulação entre os processos de planejamento e de pactuação intergovernamental em curso nos estados, devido a pouca valorização dos instrumentos e recursos relativos ao planejamento regional no bojo da proposta (MACHADO, BAPTISTA e LIMA, 2010)[36].

Em terceiro lugar, cabe mencionar a fragilidade do modelo de intervenção federal embutido na proposta do Pacto. Percebe-se pouca valorização do planejamento nacional, que não se restringe à coordenação de um processo "de base local e ascendente", visto que existem atributos próprios do planejamento em cada escala territorial.

Por outro lado, problemas de ordem estrutural como as desigualdades territoriais dificilmente podem ser resolvidos somente pela ação articulada dos estados

---

34 Este pode ser inclusive um grande empecilho para a adesão dos gestores municipais aos Termos de Compromisso de Gestão. Sendo a oferta de serviços especializados e de alta complexidade no SUS concentrada em poucas cidades, a meta só é exeqüível no plano regional exigindo a articulação entre diferentes gestores.

35 Este é um dos aspectos valorizado no âmbito do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), pois a assinatura dos Contratos Organizativos de Ação Pública, que substituem os Termos de Compromisso de Gestão do Pacto, deve expressar os compromissos dos gestores em âmbito regional.

36 Tentativas de articulação entre as estratégias de pactuação intergovernamental e a elaboração dos instrumentos de planejamento setoriais (os Planos dae Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão) visam minorar este problema (BRASIL, 2009 b; BRASIL, 2011).

e municípios sem uma efetiva atuação do governo federal. As políticas setoriais, particularmente a descentralização e a regionalização, só poderão ter viabilidade se inseridas em políticas nacionais e estaduais de desenvolvimento regional de médio e longo prazo.

3 | MECANISMOS DE COORDENAÇÃO FEDERATIVA NA SAÚDE

3.1 | Divisão de Competências e Responsabilidades Gestoras no Contexto do Marco Regulatório do SUS

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) estabelece como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área de saúde o Ministério da Saúde no âmbito nacional, e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos âmbitos estadual e municipal. A partir dessa definição, o termo “gestor do SUS” passou a ser amplamente utilizado em referência ao ministro e aos secretários de saúde. Mais do que um administrador, o gestor do SUS é a “autoridade sanitária” em cada esfera de governo.

Como enfatizado anteriormente, a legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares editadas a partir dos anos 1990 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas. No entanto, esta não é uma tarefa simples para os legisladores e formuladores de políticas, pois, dada a concepção de saúde na Constituição e a abrangência do próprio SUS, as determinações relativas à atuação do Estado na saúde envolvem um escopo de ações e serviços também bastante amplos. Além da organização da rede de assistência à saúde, compete ao Estado a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador; a ordenação de recursos humanos para a saúde; a fiscalização e produção de insumos para a saúde; e a participação em outras políticas relevantes, como a de saneamento básico, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente. Ressalte-se que várias destas responsabilidades implicam em parceria com outros setores de governo, como o desenvolvimento científico e tecnológico, a formação de recursos humanos, a provisão e regulação de insumos para a saúde, a política industrial, de urbanização, saneamento e educação, entre outros.

Em geral, a análise das funções delineadas para a União, estados e municípios nas políticas de saúde evidenciam a ausência de padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados em diversos campos da política. Há também excesso de detalhamento em algumas áreas (por exemplo, a assistência à saúde) e escassez em outras (tais como a de formação de recursos humanos para a saúde). Na

maioria das vezes, observa-se uma mistura entre competências comuns e concorrentes, e competências específicas de cada esfera nos diversos campos de atuação do Estado na saúde[37], que nem sempre se coadunam com a escala de influência da atuação de cada gestor (nacional, estadual, municipal e regional, esta última em seus múltiplos recortes) ou têm coerência com as diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde no território[38].

A descentralização e regionalização do SUS, particularmente no contexto do Pacto pela Saúde, também induziram à reconfiguração das funções dos gestores no sistema de saúde, que se expressam de forma diversificada nos estados, de acordo com a área envolvida, as distintas realidades locorregional e as negociações intergovernamentais subjacentes a estes processos. Por exemplo, nos campos das vigilâncias epidemiológica e sanitária, cujos processos de descentralização são mais recentes, observam-se esforços de divisão de atribuições entre estados e municípios baseados em uma lógica de repartição por complexidade. Na assistência à saúde, por sua vez, a divisão de responsabilidades sofreu a influência de outras variáveis tais como os tipos de serviços oferecidos (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico; natureza, complexidade e direcionalidade das ações envolvidas; modelos adotados na prestação do cuidado, entre outras) e sua abrangência/escala territorial.

De forma geral, sugerem-se as seguintes tendências consolidadas no âmbito da política de saúde:

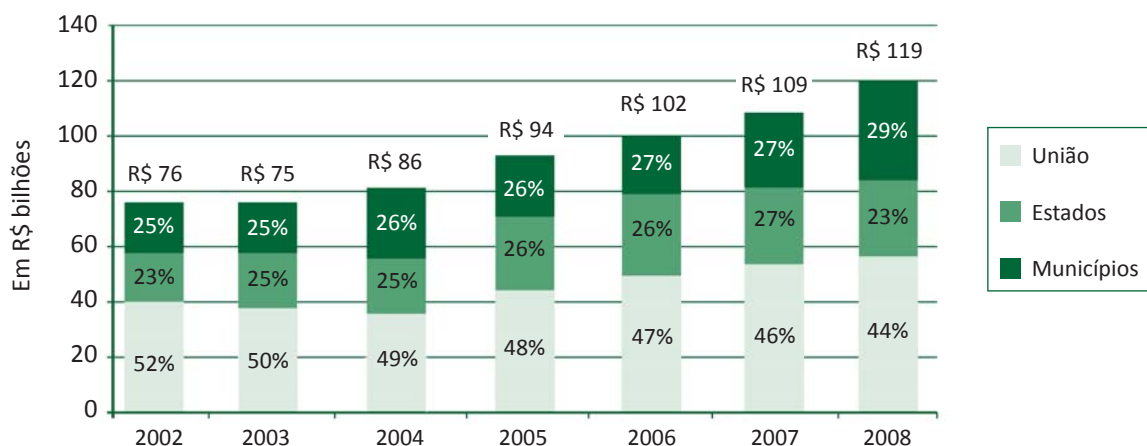
- Formulação de políticas e planejamento. A função de formulação de políticas e planejamento é uma atribuição comum das três esferas de governo, cada uma em sua esfera de atuação, sendo estratégica a ação dos governos federal e estaduais para a redução das desigualdades regionais e locais. De modo geral, a formulação de políticas tem sido compartilhada entre os gestores do SUS no âmbito das Comissões Intergestores e dos Colegiados de Gestão Regional e com outros atores sociais, por meio dos Conselhos de Saúde, embora isso não se dê de forma homogênea entre os diversos temas da política. Em que pesem os esforços das esferas estaduais e municipais para elaboração de seus planos de saúde e as iniciativas de regulamentação desse processo, o conteúdo dos planos e a abrangência das ações planejadas variam enormemente no território nacional.

37 Segundo Machado (2007), em que pesem dificuldades conceituais e operacionais subjacentes à sua delimitação, cinco campos principais podem ser identificados: (1) assistência à saúde (inclui a regulação da assistência suplementar), (2) vigilância epidemiológica e controle de doenças, (3) vigilância sanitária, (4) desenvolvimento, produção e regulação de insumos para a saúde, (5) formação e gestão de recursos humanos para a saúde.

38 Sobre esse aspecto, Gadelha, Machado, Lima e Baptista (2009) enfatizam que há especificidades nos distintos âmbitos de atuação do Estado que têm implicações para a questão territorial. A complexidade, variedade e particularidade de cada uma delas podem dificultar uma perspectiva territorial mais integradora.

Na esfera federal, apenas recentemente se registram instrumentos de planejamento formais que envolvam uma explicitação clara de prioridades e estratégias (MACHADO, BAPTISTA e LIMA, 2010), como a Agenda Nacional de Prioridades (em 2001), o Plano Nacional de Saúde Plurianual (publicado em 2004) e o Mais Saúde (lançado ao final de 2007). Na esfera estadual, destaca-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumentos de planejamento regional e programação das ações e serviços de saúde no território.

- Financiamento. A responsabilidade pelo financiamento da saúde, segundo a legislação, deve ser compartilhada pelas três esferas de governo. A definição legal de um orçamento da seguridade social, as características do sistema tributário e as desigualdades da federação brasileira destacam a importância do financiamento federal na saúde. De fato, o peso do governo federal no financiamento da saúde ainda é importante, embora a participação relativa da esfera federal no gasto público em saúde tenha diminuído gradativamente desde o início da década de 1990, ao mesmo tempo em que houve aumento relativo da participação dos municípios e dos estados. A Figura 1 apresenta a participação da União, estados e municípios no financiamento público da saúde no período recente.

Figura 01. Despesas da União, estados e municípios com recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde (em R$ bilhões de dezembro de 2009) — 2002/2008

Fonte: SIOPS (estados e municípios) e Relatório Resumido da Execução Orçamentária da União. Extraído de Levi e Scatena, 2011.

Sob a égide da Emenda Constitucional 29, o gráfico sugere que o crescimento do volume destinado ao SUS foi mais evidente nos estados (aumento de 92% em termos reais) e municípios (80%) na década de 2000, em contraste com o comportamento das despesas da União, as quais se elevaram em intensidade bem menor no período (aumento real de 31,2%). Essa tendência de redução proporcional da participação da União no financiamento do sistema público de saúde já vinha se verificando anteriormente e indica a importância de se definir com maior clareza a parcela de recursos do orçamento federal a ser destinado à saúde em Lei Complementar (LEVI e SCATENA, 2011)[39].

No que tange às relações intergovernamentais no financiamento da saúde, observa-se um aumento progressivo das transferências federais diretas para os gestores estaduais e municipais, tendo em vista o custeio das ações e serviços do SUS, que passam a exercer maiores responsabilidades sobre a execução dos recursos de origem federal. Estimativas feitas a partir do SIGA-Brasil indicam que as transferências federais representaram em 2009 cerca de 86,7% da execução orçamentária do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde. Entretanto, grande parte dessas transferências é condicionada ou vinculada a programas específicos, o que restringe o poder de decisão dos demais gestores sobre os recursos transferidos e limita a capacidade da União em reduzir as desigualdades nas condições de financiamento em saúde dos estados e municípios[40]. Os gestores das três esferas de governo são responsáveis pela realização de investimentos que, em geral, não têm sido suficientes para a redução da iniquidade regional no SUS.

- Regulação. A responsabilidade de regulação sobre prestadores se desloca cada vez mais para os municípios, enquanto o Ministério da Saúde tem exercido seu poder regulatório principalmente sobre os sistemas estaduais e municipais, por meio de normas e portarias federais, atreladas a mecanismos financeiros. Aos estados, cabe a coordenação dos processos de regionalização, a regulação e articulação de sistemas municipais, o apoio à articulação intermunicipal, a

39 Entre os aspectos mais polêmicos dessa Lei em tramitação no Congresso Nacional destacam-se a alteração do critério de vinculação da União para, no mínimo, 10% de suas despesas correntes brutas e a definição do conceito de despesas com ações e serviços públicos em saúde.

40 Os mecanismos de transferência federal serão aprofundados em item específico deste capítulo.

coordenação da distribuição dos recursos financeiros federais nos municípios, a implantação de estratégias de regulação da atenção, a avaliação do desempenho dos sistemas municipais nos vários campos e o apoio ao fortalecimento institucional dos municípios. Aos municípios, atribuem-se as funções relativas à coordenação do sistema em seu âmbito, como a organização das portas de entrada do sistema, o estabelecimento de fluxos de referência, a integração da rede de serviços, a articulação com outros municípios para referências, a regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados situados em seu território. A regulação sanitária continua sendo uma atribuição federal importante, comandada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com atribuições progressivamente assumidas por estados e municípios. A regulação de mercados em saúde representa uma área estratégica de atuação federal, tendo em vista os fortes interesses econômicos envolvidos no setor saúde.

- Prestação de serviços de saúde. Durante os anos 1990 ocorreu progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços para os estados e, principalmente, para os municípios, no âmbito da assistência à saúde, da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária. Grande parte dos municípios recebeu unidades de saúde de outras esferas, expandiu o quadro do funcionalismo e a rede de serviços próprios. No entanto, ainda se destaca a importância da prestação de serviços pelo gestor estadual nas regiões Norte e Nordeste do país. Atualmente, o gestor federal é executor direto de serviços em situações excepcionais (hospitais universitários e alguns hospitais federais localizados no município do Rio de Janeiro, Porto Alegre, Brasília e Belém).

Em síntese, o Ministério da Saúde continuou a ter uma função importante na condução da política nacional de saúde, por meio da indução e regulação de políticas, exercendo seu poder sobre outras esferas de governo, prestadores de serviços e alguns mercados em saúde. Os municípios ganharam imenso destaque na política de saúde pelo aumento de suas responsabilidades no planejamento, no financiamento, na regulação e na prestação de serviços de saúde no âmbito local. Aos estados, por sua vez, cabe o importante papel de conduzir e coordenar os processos de regionalização em saúde em parceria com os municípios, o que exige uma atuação direcionada dos governos estaduais para consolidação das redes regionalizadas de atenção à saúde e sua condução político-administrativa nas diferentes regiões do país (LIMA et al, 2010).

Quadro 03. Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Prestação de serviços de saúde
Federal	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. • Papel estratégico e normativo. • Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade. • Busca da equidade. • Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. • Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos.	• Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde. • Peso importante dos recursos federais. • Papel redistributivo. • Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos.	• Regulação de sistemas estaduais. • Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. • Apoio à articulação interestadual. • Regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde. • Normas de regulação sanitária no plano nacional. • Regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos). • Regulação das políticas de recursos humanos em saúde. • Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. • Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais.	• Em caráter de exceção. • Em áreas/ações estratégicas.
Estadual	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. • Promoção da regionalização e elaboração de plano regional. • Estímulo à programação integrada. • Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde.	• Definição de prioridades estaduais. • Garantia de alocação de recursos próprios. • Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos.	• Regulação de sistemas municipais. • Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. • Apoio à articulação intermunicipal. • Coordenação da PPI no estado. • Implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos). • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas estaduais. • Avaliação do desempenho dos sistemas municipais.	• Em caráter de exceção. • Em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual/regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária. • Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.

Quadro 03. Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS (cont.)

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Prestação de serviços de saúde
Municipal	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. • Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. • Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário).	• Garantia de aplicação de recursos próprios. • Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais. • Realização de investimentos no âmbito municipal.	• Organização das portas de entrada do sistema. • Estabelecimento de fluxos de referência. • Integração da rede de serviços. • Articulação com outros municípios para referências. • Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas municipais.	• Peso importante na execução de ações/ prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária. • Gerência de unidades de saúde. • Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.

Fonte: Extraído de Noronha, Lima e Machado, 2008.

3.2 | Entidades Representativas, Instâncias e Instrumentos de Pactuação Federativa no SUS

A atuação política do gestor do SUS envolve processos de negociação permanentes com outros representantes do poder público — incluindo os demais órgãos governamentais do Poder Executivo e de outros Poderes — em diversas escalas territoriais e esferas governamentais. O modelo institucional vigente na saúde também possui diversos agentes e órgãos governamentais, conselhos de representação e instâncias colegiadas, com o propósito de viabilizar a negociação e o acordo federativo e fortalecer e a participação social nas políticas de saúde (Figura 2).

Figura 02. Arcabouço institucional e decisório do SUS

	Colegiado Participativo	Gestor	Comissões Intergestores	Representações de gestores
Nacional	Conselho Nacional	Ministério da Saúde	Comissão Tripartide	Estados: CONASS Municípios: CONASEMS
Estadual	Conselho Estadual	Conselho Nacional	Conselho Nacional	Municípios: COSEMS
Regional			Colegiados de Gestão Regional	
Municipal	Conselho Municipal	Secretarias Municipais		

Fonte: Adaptado de Secretaria de Atenção à Saúde (Brasil, 2002).

Dessa forma, seja pelo processo inerente à tomada de decisão, seja pelo arcabouço institucional do SUS ou pelas atribuições associadas à atuação do Estado na saúde, os gestores do SUS não exercem suas funções de forma isolada. Isso implica que seus objetivos e planos de ação sejam negociados com diferentes atores governamentais e não governamentais, públicos e privados, e que os processos de formulação e implementação das políticas de saúde assumam cada vez mais uma feição compartilhada entre as instâncias de governo e os representantes da sociedade.

Com um enfoque mais restrito sobre o processo que envolve a tomada de decisão na saúde e todas as influências em jogo que permeiam a atuação dos gestores, serão destacadas aqui as formas de organização e funcionamento das instâncias de representação, negociação e pactuação federativa no SUS e o papel de alguns instrumentos utilizados na saúde para a consolidação de parcerias e formalização de acordos intergovernamentais. As instâncias incluem as arenas de gestão

intergovernamental, em âmbito nacional, estadual e regional; e os instrumentos, os consórcios de saúde, os Termos de Compromisso de Gestão previstos no Pacto pela Saúde e os contratos estabelecidos entre entes governamentais. Serão enfatizados os avanços, limites e possibilidades deste modelo, tendo em vista os novos requisitos trazidos pela regionalização.

3.2.1 | Os conselhos de representação dos secretários de saúde

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que é o conselho de representação nacional dos secretários estaduais de saúde, foi fundado em fevereiro de 1982[41]. O objetivo era tornar mais atuantes o conjunto das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal no processo de reforma da saúde em uma conjuntura de abertura política e de redemocratização do país. Mas foi, ao longo da década de 1990, na luta por recursos estáveis para o sistema de saúde brasileiro e para ampliação do processo de descentralização da gestão do SUS, que o Conass progressivamente firmou-se como entidade representativa de gestores.

Entre os órgãos diretivos do Conass, destacam-se sua diretoria, formada por um presidente e cinco vice-presidentes regionais e assembleia geral. A assembleia geral é o órgão máximo da entidade, com poderes deliberativos e normativos da qual fazem parte todos os seus membros efetivos. As reuniões da assembleia geral são ordinárias ou extraordinárias, sendo realizadas no mínimo seis vezes ao ano. A assembleia geral tem competência para eleger os órgãos diretivos do Conass, para deliberar e normatizar sobre todos os assuntos de interesse do SUS e do conjunto das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal.

A diretoria do Conass é assessorada tecnicamente por uma secretaria executiva desde novembro de 2002 (antiga secretaria técnica do Conass), formada por técnicos, geralmente egressos das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal. Subordinada à secretaria executiva existem as câmaras técnicas, como as de Gestão e Financiamento do SUS, de Atenção à Saúde, de Assistência Farmacêutica, de Vigilância Sanitária, de Epidemiologia, de Recursos Humanos, de Informação e Informática.

Além das atividades de assessoria à diretoria, a secretaria executiva possui outras responsabilidades, tais como: representação e participação ativa nas negociações técnicas com os municípios e o Ministério da Saúde e outras instâncias decisórias do SUS; criação de instrumentos de difusão de informação entre as equipes das Secretarias de Estado de Saúde e outros profissionais de saúde; desenvolvimento

---

41 Posteriormente, a Lei Federal n. 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b), ao dispor sobre a participação da sociedade na gestão do SUS, define o Conass como representante dos estados no Conselho Nacional de Saúde. Já a NOB SUS 01/93 estabelece a participação do Conass na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), legitimando seu papel na formulação e implementação da política nacional de saúde (BRASIL, 1993).

de pesquisas e estudos de interesse comum dos gestores; apoio e assessoria direta a secretarias de estado de saúde, em temas específicos.

A formação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) é também anterior à legislação do SUS. Suas origens remontam a uma série de encontros entre secretários de saúde realizados desde o início da década de 1980, e se confundem com o movimento municipalista que se fortaleceu no contexto de democratização e desempenhou um papel importante na reforma sanitária brasileira. A primeira diretoria do Conasems foi empossada em 1988[42] e, progressivamente, esta instância estabeleceu-se como um espaço legítimo e formal de participação dos secretários municipais na formulação e implementação da política nacional de saúde.

Entre os órgãos de direção do Conasems destacam-se sua diretoria, composta por um presidente e um vice-presidente e cinco vice-presidências regionais, além de várias secretarias extraordinárias formadas sobre temas específicos. Para melhorar a articulação entre os milhares de gestores municipais no país, o Conasems realiza encontros nacionais periódicos (no mínimo anuais) e conta com um conselho nacional de representantes estaduais (Conares) que reúne periodicamente os presidentes de todos os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) em âmbito estadual.

Portanto, em cada estado existem representações estaduais dos secretários municipais de saúde. A NOB SUS n. 01/93 estabelece que o órgão de representação dos secretários municipais de saúde no estado integre a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o que assegura a participação dos gestores municipais nas decisões sobre a política de saúde no âmbito estadual. Como será discutido a seguir, os critérios para seleção da representação dos secretários municipais na CIB diferem muito entre os estados.

O Conass, Conasems e os Cosems estaduais são espaços importantes para a articulação política e formação de pactos horizontais envolvendo os gestores da mesma esfera de governo. Destaca-se seu importante papel de apoio técnico, informação e aprendizado para as secretarias de saúde, especialmente aquelas com piores condições administrativas e as situadas em municípios de menor porte. São comuns a realização de assembleias gerais e/ou de encontros regionais, jornais periódicos, mala-direta, internet e endereço eletrônico como formas de organização, articulação entre os secretários e de divulgação de informações por esses conselhos.

Ressalta-se a pouca produção e investigação sobre o modo de funcionamento destas instâncias, particularmente, seu processo decisório interno,

---

42 De forma similar ao Conass, a Lei Federal n. 8.142 de 1990 estabelece que o Conasems tenha representação no Conselho Nacional de Saúde e a Norma Operacional Básica (NOB) n. 01/93 que esse conselho deva integrar a Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 1990b; BRASIL, 1993).

formas de representação e articulação dos interesses regionais e locais, poder de interferência sobre a política nacional e estadual de saúde e sobre as decisões tomadas nas instâncias decisórias do SUS, como as comissões intergestores. Entretanto, considerando que representam as secretarias de saúde nestas comissões, sua capacidade de organização e articulação de interesses repercute diretamente no modo de operação destas instâncias.

3.2.2 | As comissões intergestores na saúde

Na área da saúde, face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, foram criadas as Comissões Intergestores. O objetivo dessas instâncias é propiciar o debate e a negociação entre as três esferas de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde, devendo submeter-se ao poder fiscalizador e deliberativo dos conselhos de saúde participativos.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em funcionamento desde 1991 no âmbito nacional, tem atualmente 18 membros, sendo formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais de saúde indicados pelo Conass e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conasems, segundo representação regional.

Ao longo da década de 1990, a CIT se consolidou como canal fundamental de debate sobre temas relevantes da política nacional de saúde, promovendo a participação de estados e municípios na formulação dessa política por meio dos seus conselhos de representação nacional e incentivando a interação permanente entre gestores do SUS das diversas esferas de governo e unidades da federação. A atuação da CIT se destaca particularmente nas negociações e decisões táticas relacionadas à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e aos diversos mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais do SUS.

A CIT foi de fundamental importância no processo de debate para a elaboração das normas operacionais que regulamentaram a descentralização no SUS, bem como do Pacto pela Saúde. Vale também assinalar que é comum a formação de grupos técnicos compostos por representantes das três esferas, que atuam como instâncias técnicas de negociação e de processamento de questões para discussão posterior na CIT. Sua dinâmica tem favorecido a explicitação e o reconhecimento de demandas, conflitos e problemas comuns às três esferas de governo na implementação das diretrizes nacionais, promovendo a formação de pactos intergovernamentais que propiciam o amadurecimento político dos gestores na gestão pública da saúde (LUCCHESE *et al.*, 2003). No entanto, algumas pesquisas sugerem que diversas questões e decisões estratégicas para a política de saúde não passam pela CIT ou são

ali abordadas de forma periférica e que as relações entre gestores nessa instância têm caráter assimétrico no que tange ao poder de direcionamento sobre a política (MIRANDA, 2003; MACHADO, 2007).

As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) foram formalmente criadas pela Norma Operacional Básica de 1993. Esta norma estabelece a CIB como “instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS” (BRASIL, 1993), ressaltando os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual. Em cada estado há uma CIB formada paritariamente por representantes estaduais indicados pelo secretário de estado de saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Cosems.

Os critérios para definição dos representantes dos municípios e do estado na CIB podem diferir bastante. Na maior parte das vezes, os representantes municipais são escolhidos em processos amplos de debate promovidos pelo Cosems, considerando critérios diversos, entre eles a distribuição regional dos municípios, o porte populacional e a liderança política dos gestores municipais. Ressalta-se que a adoção do critério regional para a definição desses representantes é frequente e tem se mostrado importante para a consideração da diversidade regional do sistema estadual de saúde. Além disso, em vários estados se procura promover uma alternância dos representantes municipais, mas, em geral, o secretário de saúde da capital tem assento na CIB. No que se refere aos representantes da secretaria estadual de saúde, estes, na sua maioria, possuem perfil técnico-político e respondem por áreas estratégicas para a definição e organização do sistema de saúde.

As CIB, cujas reuniões em geral apresentam periodicidade mensal, discutem tanto questões relacionadas aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais e municipais de saúde (a questão da distribuição de recursos federais do SUS é um tema frequente) quanto referentes a agendas e políticas definidas no âmbito de cada estado. Em que pese a predominância dos temas relativos à organização da assistência à saúde, questões relativas às vigilâncias (principalmente epidemiológica), à educação em saúde, as políticas específicas e à gestão (financiamento, sistemas de informações, avaliação) são freqüentemente debatidas.

Assim como na CIT, o processo decisório nas CIB deve se dar por consenso, visto que é vedada a utilização do mecanismo do voto, visando estimular o debate e a negociação entre as partes. Segundo Miranda (2010), certa “racionalidade comunicativa” de interação nas CIB é predeterminada pela norma que atrela a decisão formal ao consenso. Entretanto, alguns constrangimentos podem ser observados nas negociações intergovernamentais devido aos prazos estipulados para os acordos e pelas próprias assimetrias de poder existentes entre as esferas de governo.

Outros autores indicam resultados positivos em relação aos processos decisórios instituídos nas CIB. Mesmo considerando o caráter especializado e restrito

dessas instâncias, enfatiza-se a possibilidade da representação de diferentes grupos de interesse, a construção da parceria estado e municípios e da consolidação de uma prática de negociação entre os gestores mais equilibrada, democrática e participativa (RIBEIRO, 1997; LIMA, 1999; SILVA e LABRA, 2001).

A participação nas reuniões mensais geralmente é aberta a todos os secretários municipais e às equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão se limite aos membros formais da comissão. Desta forma, muitas vezes as reuniões da CIB são momentos de intenso debate e interação entre as equipes municipais e destas com a estadual. Para os municípios, as CIB possibilitam a informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde, a implementação dos avanços na descentralização do sistema de saúde, mas também a fiscalização das ações do estado na defesa de seus interesses, principalmente com relação à distribuição dos recursos transferidos pelo nível federal.

Na maioria dos estados, há câmaras técnicas bipartites que se reúnem mensalmente, antes da reunião da CIB, visando debater e processar as questões com vistas a facilitar a decisão dos representantes políticos na CIB. Em outros estados, essas câmaras não existem de forma permanente, mas é comum a formação de grupos técnicos (ou grupos de trabalho) para a discussão de temas específicos. A existência de estruturas para processamento técnico-político facilita a obtenção de consensos e a amenização de conflitos intergovernamentais.

As CIB permitem a adaptação das diretrizes nacionais do processo de descentralização em nível estadual, propiciando a formação de acordos e a redefinição de papéis entre as esferas subnacionais na gestão dos sistemas e serviços de saúde. Esses arranjos refletem não só a capacidade gestora, a qualificação gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde como também o grau de amadurecimento das discussões e as particularidades locais e regionais do relacionamento entre as diferentes instâncias de governo.

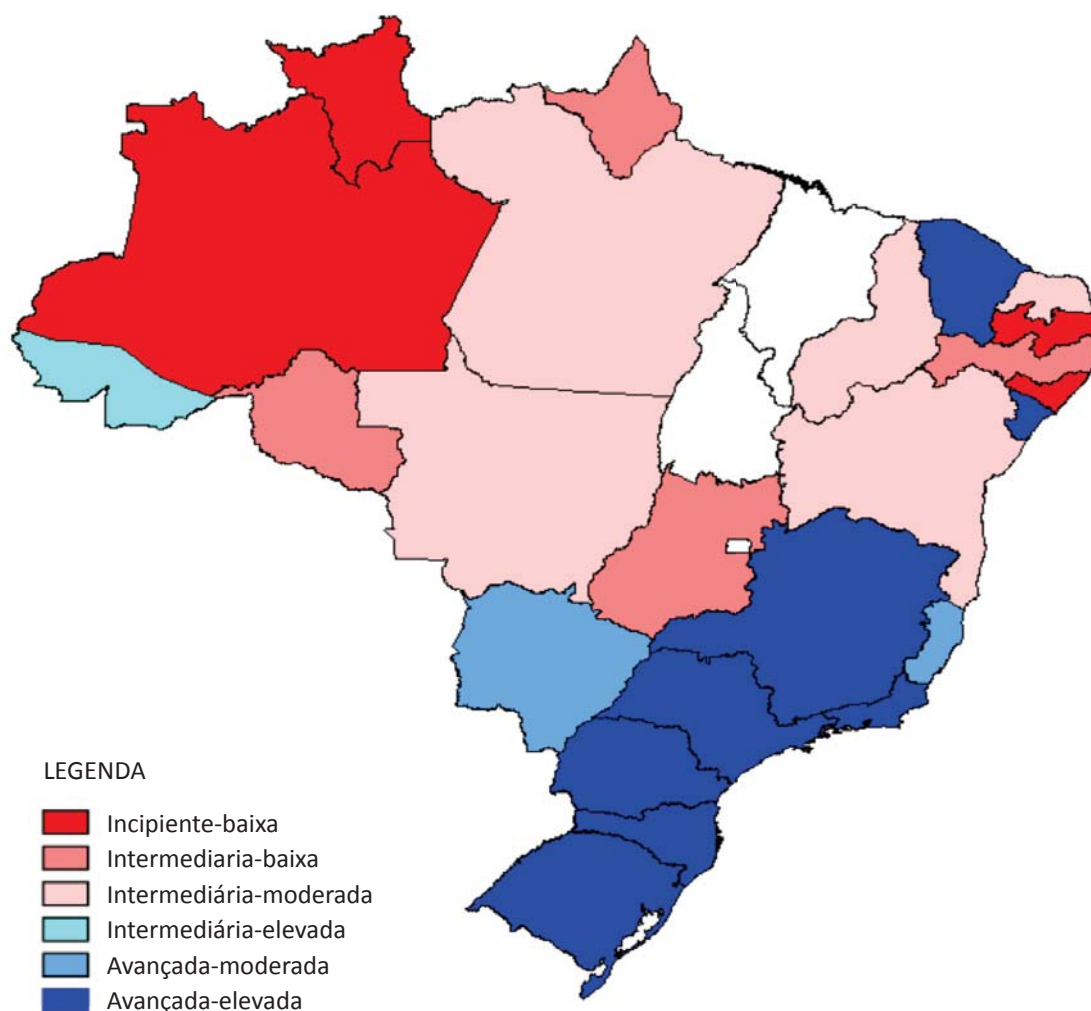
Em alguns estados existem CIB regionais, também de composição paritária, com o objetivo de permitir a discussão dos problemas de saúde e da organização da rede de serviços das diversas regiões do estado, bem como de propor soluções mais apropriadas às distintas realidades territoriais. As CIB regionais funcionam de forma bastante diversificada, mas, em geral, suas propostas ou decisões relevantes são referendadas pela CIB estadual.

Em recente pesquisa realizada sobre o tema (MACHADO et al, 2011), foi possível identificar o importante papel das CIB nesse processo. As CIB têm atuado na definição e pactuação de estratégias e instrumentos de regionalização (revisão dos Planos Diretores de Regionalização, Programação Pactuada e Integrada, debate sobre contratualização) e na implantação de estruturas de coordenação regional (os Colegiados de Gestão Regional).

Por outro lado, a regionalização tem propiciado mudanças nas CIB, principalmente, nas suas formas de organização (alterações de regimentos e de suas estruturas regionais), representatividade (inclusão de critérios regionais de representação na CIB estadual e transformação de algumas CIB regionais em Colegiados de Gestão Regional) e operação (definição de fluxos de relacionamento com as estruturas regionais do estado e Cosems, com as CIB regionais e os Colegiados de Gestão Regional); nas relações intergovernamentais e nos conteúdos das negociações (ampliação de pautas regionais, sendo a regionalização um tema frequentemente debatido nas reuniões).

Entretanto, a dinâmica das CIB e sua importância na regionalização variam entre os estados, estando relacionadas à institucionalidade dessa comissão, bem como aos padrões de relacionamento e processos políticos estabelecidos para seu funcionamento como instância de negociação e pactuação do SUS. É possível afirmar que a ausência de canais permanentes de negociação entre estados e municípios (Câmaras Técnicas ou grupos de trabalho) desfavorece o estabelecimento de relações intergovernamentais cooperativas na CIB, comprometendo sua capacidade na definição da política. Por outro lado, o reconhecimento da relevância e legitimidade dessa comissão pelos altos dirigentes da secretaria de estado de saúde e a existência de um Cosems forte, política e tecnicamente, favorecem a coordenação intergovernamental da política de saúde por meio da CIB.

O mapa 1 apresenta a combinação das categorias institucionalidade e capacidade de atuação da CIB adotadas na pesquisa. A agregação destas duas categorias sugeriu uma relação entre ambas e permitiu agregar os estados em seis grupos, desigualmente distribuídos nas regiões do país.

Mapa 01. Institucionalidade e capacidade de atuação da CIB-Brasil, 2007 a 2009

Fonte: Pesquisa "Avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIB): as CIB e os modelos de indução da regionalização no SUS" — Ensp/Fiocruz, FM/USP, ISC/UFMT. Extraído de Machado et al, 2011.

3.2.3 | Os colegiados de gestão regional (ou comissões intergestores regionais)

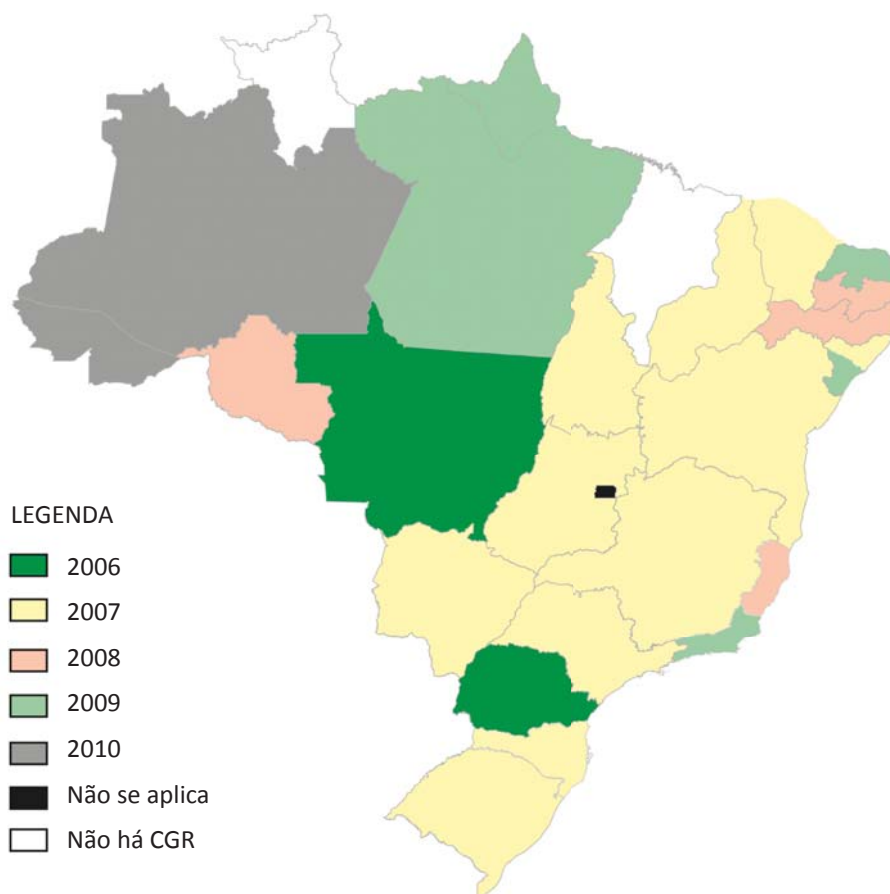
Uma importante mudança trazida pelo Pacto pela Saúde diz respeito à implantação de instâncias colegiadas de gestão nos espaços regionais definidos nos Planos Diretores de Regionalização em cada estado: os Colegiados de Gestão Regional (CGR). Formados por representação do estado (do nível central ou das estruturas de representação regional das secretarias de estado de saúde) e do conjunto de municípios nas regiões (BRASIL, 2009a), os CGR permitem a criação de um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental, com regras próprias e funcionamento estável.

Tais Colegiados devem favorecer a identificação de problemas, a constituição de objetivos compartilhados, a definição de prioridades e propostas para organização e financiamento de uma rede regionalizada de atenção à saúde, estabelecendo uma lógica voltada para as necessidades regionais de saúde na provisão dos serviços (enfoque regional).

A exemplo do que se verifica em relação aos processos de adesão estadual e municipal ao Pacto, a implantação dos CGR teve seu inicio no ano de 2006 e tem obedecido a ritmos próprios em cada estado. Também são variadas as formas de organização e funcionamento dessas instâncias, sendo diferentes os modelos adotados para lidar com os contextos e lugares existentes.

Entre 2006 e setembro de 2010, foram implantados 417 CGR no país, que abrangem 5.332 municípios em 24 estados, dado que Roraima e Maranhão não instituíram Colegiados de Gestão Regional (Mapa 2).

Mapa 02. Ano de Implantação dos Colegiados de Gestão Regional nos estados. Brasil, 2006 a 2010

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada — DAGD/SE. 2010. Extraído de Lima et al, 2011.

A implantação dos CGR tem sido influenciada pela prática de revisão e atualização do desenho regional adotado no âmbito estadual. Em alguns estados, essa atualização, ao ser realizada, considerou os conteúdos das propostas contempladas no Plano Estadual de Saúde, o que indica um esforço de alinhamento prévio entre instrumentos de planejamento que orientam as decisões gestoras no contexto do SUS.

Por outro lado, há situações nas quais os estados definiram seus Colegiados de Gestão Regional sem que tenha havido uma precedente revisão e atualização do Plano Diretor de Regionalização (PDR). Nestes casos, os CGR cumpriram os requisitos para sua formalização, mas apresentam dificuldades para se constituir como instâncias permanentes de negociação intergovernamental por não corresponderem aos arranjos regionais reconhecidos pelo conjunto de gestores do SUS na região. Tal situação dificulta a consolidação de uma cultura de debate e negociação pelo conjunto dos gestores e fragilizam a governança regional na saúde.

Também é preciso reconhecer que muitos CGR apresentam ainda funcionamento irregular e incipiente e, em geral, não possuem estrutura e recursos suficientes que permitam o desenvolvimento de parcerias e a resolução de conflitos federativos. Além disso, há necessidade de que os esforços setoriais busquem assegurar a implantação de fluxos e modalidades de relacionamento específico entre os CGR e outras estruturas regionais e colegiadas do SUS. Falta avançar na configuração de estratégias e instrumentos de planejamento, regulação e financiamento que possam apoiar a conformação de sistemas públicos de saúde nos espaços regionais definidos por essas instâncias.

3.2.4 | Os consórcios de saúde

Os consórcios de saúde representam parcerias estabelecidas entre entes de governo visando o alcance de interesses comuns, em geral com a finalidade de ampliar o acesso da população a determinados tipos de ações e serviços de saúde.

Apesar de existirem consórcios de saúde antes mesmo da Constituição Federal de 1988, os consórcios intermunicipais proliferaram de forma expressiva na segunda metade da década de 1990, particularmente entre os anos 1995 e 1996 (LIMA, 2000), de forma associada ao processo de descentralização. Os consórcios foram um mecanismo utilizado para suprir as necessidades de prestação de serviços especializados e de maior complexidade por um número expressivo de municípios com pequeno porte populacional[43].

---

43 O primeiro consórcio intermunicipal de saúde surgiu na região de Penápolis, no estado de São Paulo, em 1987 (MONTEIRO, 1989). Inspirados por experiências prévias em outros setores (recuperação das várzeas, informática, alimentos e merenda escolar), esse consórcio foi fruto de uma junção de sete municípios que se associaram para tentar dar respostas a problemas comuns, bem como garantir o uso compartilhado de equipamentos de maior complexidade no sistema regional de saúde.

A área da saúde é a que mais apresenta consórcios no país. Em 2005, segundo dados da IBGE, mais de 34% dos municípios brasileiros participavam de consórcios de saúde (IBGE, 2007). Esta proporção aumenta no caso dos municípios com até 5 mil habitantes (43%). Os estados que apresentavam maior número de municípios consorciados na área da saúde foram: Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo (PEDREIRA, 2007). No entanto, sabe-se que os propósitos e estruturas desses consórcios variam de modo significativo.

Os consórcios podem ser de diferentes tipos (comercial, empresarial ou administrativo), sendo que, na saúde, o mais comum é o administrativo. Nos consórcios administrativos os acordos consolidados são entre entidades da mesma espécie (o que os diferencia dos convênios), e têm por característica a inexistência de relações hierárquicas ou de subordinação, sendo que a inclusão ou exclusão dos membros pode ser realizada a qualquer momento (GUIMARÃES, 2001). Ademais, os compromissos de cooperação abarcam a realização de atividades temporárias ou permanentes, obras ou serviços de interesse público, podendo se voltar para a solução de problemas específicos (ex.: atenção à gestante e parturiente; saúde mental) ou para organizar um conjunto de serviços de atenção secundária e terciária na saúde. Os consórcios também podem ser unicêntricos, onde os membros canalizam esforços para a oferta de serviços em um município polo ou policêntricos onde repartem, por negociação, os diferentes serviços a serem prestados entre os municípios componentes do consórcio (MENDES, 2001).

Grosso modo, a maior parte dos consórcios de saúde conformados no Brasil surgiu das iniciativas próprias dos municípios, embora em alguns estados tenha ocorrido um processo de fomento ou apoio da secretaria estadual de saúde. Outra característica predominante nos consórcios existentes é a adoção de personalidades jurídica de direito privado (RIBEIRO e COSTA, 2000). Em algumas situações, tal movimento gerou certa confusão no âmbito da definição de papéis entre o estado e os consórcios. Além disso, assinalam-se as dificuldades na operacionalização do aporte de recursos públicos para o funcionamento de consórcios organizados nesses moldes.

Embora a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) defina a possibilidade de consorciamento entre os municípios, no Brasil, até 2005, não existia uma legislação específica voltada para a conformação de consórcios públicos. Em função da grande quantidade de consórcios e da inexistência de regulamentação específica, a partir de 2003, há uma intensificação do debate entre o Executivo e o Legislativo culminando na aprovação da Lei 11.107 em abril de 2005 (BRASIL, 2005), que dispõe sobre a contratação de consórcios públicos. Essa lei foi regulamentada posteriormente através do Decreto 6.017 de 2007 (BRASIL, 2007).

De acordo com a lei, os Consórcios de Saúde devem seguir os princípios e diretrizes do SUS. Cabe destacar a complexidade do processo de conformação de

consórcios pelas novas regras, que impõem uma série de passos e de negociações, incluindo a aprovação das propostas nas câmaras de vereadores de todos os municípios envolvidos (PEDREIRA, 2007). Além disso, pelo menos duas questões atuais se colocam para a readequação dos consórcios de saúde existentes: sua configuração em função dos recortes territoriais e objetivos expressos nos Planos Diretores de Regionalização; e, o estabelecimento de mecanismos formais de relacionamento com as instâncias de pactuação e gestão regional do SUS (Colegiados de Gestão Regional, CIB regionais, estruturas regionais das secretarias de estado de saúde).

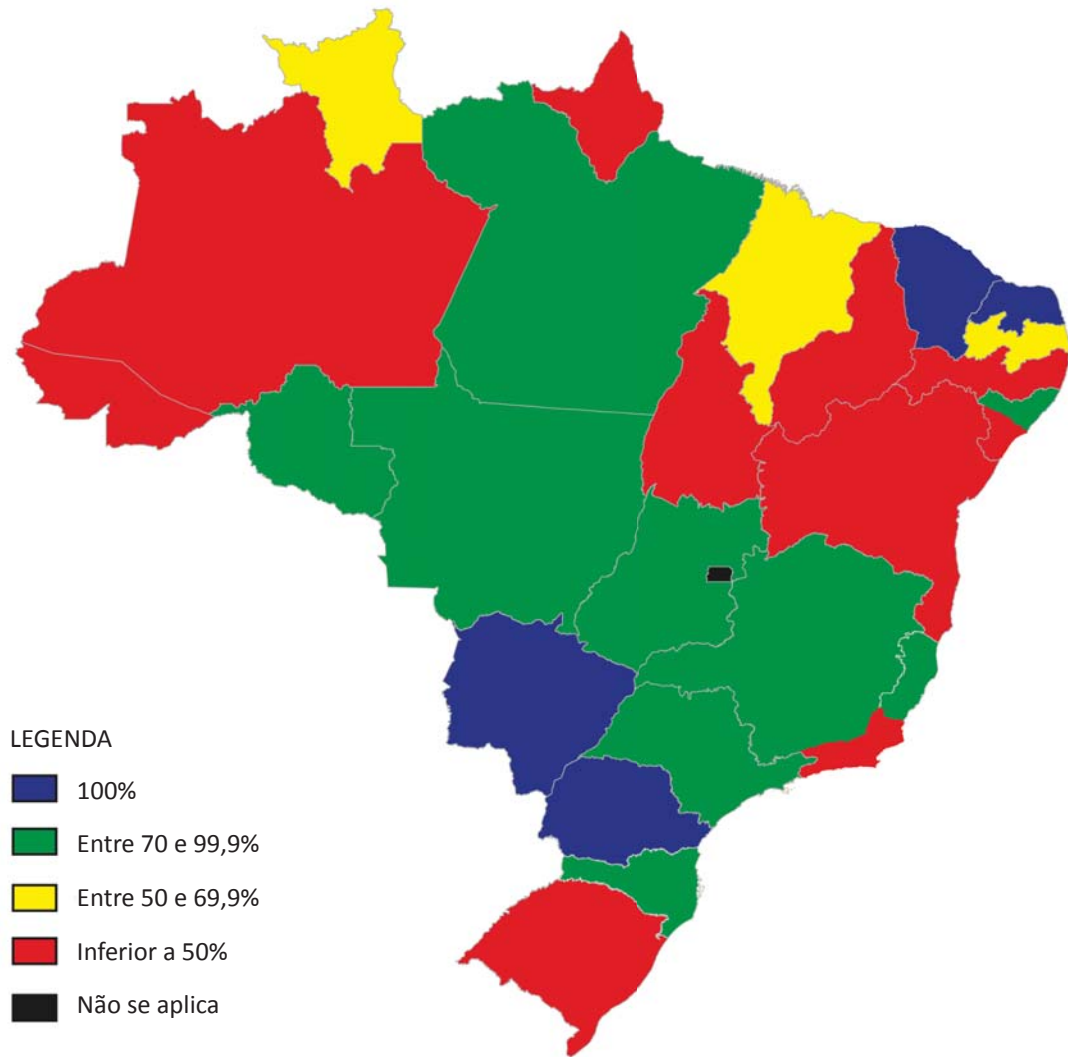
3.2.5 | Termos de compromisso e contratos entre os entes federativos

A expressão formal do processo de adesão estadual e municipal ao Pacto pela Saúde (formalização) ocorre mediante o preenchimento, a assinatura e a aprovação dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) nas respectivas CIB estaduais, seguidos por homologação na CIT. Há um modelo especifico de TCG para cada ente federativo — município, estado, Distrito Federal e União — justificado pelas diferentes responsabilidades previstas para cada um deles.

Os TCG compreendem atribuições e responsabilidades sanitárias, objetivos e metas de melhoria associados a um conjunto de indicadores, voltados para o monitoramento e avaliação do Pacto de Gestão e pela Vida, estando organizados em sete eixos prioritários: i) responsabilidades gerais de gestão do SUS; ii) responsabilidades sobre a regionalização; iii) responsabilidades sobre o planejamento e a programação; iv) responsabilidades da regulação, controle, avaliação e auditoria; v) responsabilidades sobre a participação e controle social; vi) responsabilidades sobre a gestão do trabalho; e, vii) responsabilidades na educação em saúde.

A adesão estadual ao pacto ocorreu de modo gradual no período compreendido entre 2006 e 2010, sendo que, atualmente, todos os estados do país estão com seus processos de adesão homologados na CIT e publicados em portaria ministerial.

A formalização dos TCG pelos municípios tem obedecido às dinâmicas locorregionais e ocorrido de modo mais ou menos articulado e complementar às adesões estaduais. No período compreendido entre 2006 e setembro de 2010, foram homologados na CIT 3.789 adesões ao Pacto, que representam cerca de 68% do total de municípios existentes no país. O mapa 3 permite constatar que, nas regiões do centro-sul do país, este processo ocorreu de forma mais intensa, concentrando o maior numero de estados com percentual de adesão municipal superior a 70%.

Mapa 03. Proporção de adesões municipais ao Pacto pela Saúde nos estados — Brasil, 2010

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. 2010. Extraído de LIMA et al, 2011.

Ressalta-se que há estados que adotaram um ritmo aparentemente mais lento nos processos de adesão estadual e municipal. Alguns desses estados, contudo, optaram por atualizar os recortes regionais vigentes em seus Planos Diretores de Regionalização (PDR), bem como por aprofundar as negociações intergovernamentais no âmbito dos CGR, de modo a favorecer o planejamento regional e a adesão conjunta dos municípios ao Pacto nas regiões de saúde. São conduções que revelam as expectativas dos gestores em relação ao fortalecimento dos processos de regionalização, num contexto de implantação ou reconfiguração de instâncias de pactuação regional.

Para além dos TCG propostos pelo Pacto, existem experiências de contratualização envolvendo diferentes esferas de governo no âmbito do SUS. Em Sergipe, a proposta de implantação do Pacto associa-se à celebração de um único contrato — o Contrato de Ação Pública-, que envolve todos os 72 municípios do estado, bem como o governo estadual. Este processo requereu a aprovação de uma lei estadual (Lei nº 6345 de janeiro de 2008) que regulamenta e ampara o processo de contratualização entre os entes. O contrato define as responsabilidades dos municípios e do estado na prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como o seu financiamento, e formaliza os acordos e compromissos assumidos entre os gestores, incluindo as metas relativas aos indicadores do Pacto pela Vida. Em Minas Gerais, há um amplo processo de reforma administrativa em curso no estado que inclui a formalização de contratos entre entes públicos de diferentes esferas administrativas tendo em vista a consolidação de redes regionalizadas de atenção à saúde (PESTANA e MENDES, 2004).

Recentemente publicado, o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), estabelece o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde como instrumento de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede de atenção integral à saúde em uma determinada região. Segundo o decreto, este contrato deverá conter "as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde".

À diferença dos TCG, os contratos estabelecem um acordo entre os entes com criação de vínculos e definição de obrigações recíprocas, estando sujeitos a sanções e punições dos órgãos de controle interno e externo do Poder Executivo, em função do descumprimento por uma das partes.

Qualquer que seja o instrumento adotado para formalização dos acordos entre os entes governamentais na saúde (TCG, contratos), este requer o fortalecimento dos processos de planejamento regional e regulação nas secretarias de saúde, bem como nas instâncias regionais (incluindo os Colegiados de Gestão Regional), tendo em vista a consolidação de redes regionalizadas de atenção à saúde.

3.3 | O Sistema de Partilha de Recursos Financeiros na Saúde

A implantação do SUS depende das condições político-institucionais das esferas municipais e estaduais, sendo a capacidade de financiamento desses governos peça fundamental para a garantia do acesso universal e do cuidado integral realizado de acordo com padrões de qualidade reconhecidos.

No entanto, existe uma contradição intrínseca entre as desigualdades regionais que configuram a federação brasileira e o modelo pretendido na saúde. As desigualdades trazem enormes desafios tanto para a configuração do sistema tributário que deve prover de modo adequado aos governos os recursos requeridos pelas políticas públicas, quanto para a definição de esquemas de financiamento setorial que as compensem.

Segundo Prado (2003a, 2003b), a formatação de sistemas tributários em países federativos é uma tarefa complexa. Além dos requisitos clássicos — tributar com eqüidade e eficiência, adequar a distribuição de recursos via orçamento e executar o dispêndio visando a melhoria dos resultados alcançados — estes sistemas devem: contemplar a distribuição equilibrada de encargos (responsabilidades e funções) entre as esferas de governo; repartir de modo eficiente as competências tributárias; e elaborar um sistema adequado de partilha fiscal. Essas três variáveis são igualmente importantes para o entendimento dos diversos arranjos no federalismo fiscal, existindo estreitas relações de dependência entre elas.

Particularmente, os mecanismos de transferência intergovernamental de recursos tributários que conformam os sistemas de partilha fiscal, destinados ou não ao financiamento de atividades específicas (incluindo a saúde), atuam na correção de dois tipos desequilíbrios (WATTS, 2006):

1. os verticais, gerados pela concentração de poder de tributação em contraposição às maiores necessidades de gastos das esferas subnacionais decorrentes de processos de descentralização;

2. os horizontais, que resultam, por um lado, de capacidades diferenciadas dos governos na provisão de serviços em sistemas de tributação comparáveis e, por outro, de demandas distintas de gastos públicos em função de variações das necessidades da população.

Essa distribuição de recursos implica em relações orçamentárias entre unidades de governo de diferente (partilha vertical) ou igual esfera administrativa (partilha horizontal). Enquanto no primeiro caso o objetivo é dotar os governos de recursos compatíveis com suas atribuições legais, no segundo caso, o propósito é gerar maior homogeneidade das receitas disponíveis e do poder de gasto entre as esferas subnacionais.

Desequilíbrios verticais favoráveis à União são justificados por razões de ordem econômica e tributária, mas também de ordem política (DAIN, 1995). Por outro lado, certas assimetrias entre as unidades subnacionais são constitutivas às federações e justificam a própria origem e manutenção dos arranjos federativos (BURGESS, 1993).

No caso da saúde, a literatura indica a importância da União na condução

do processo de implantação de sistemas de saúde nacionais e universais em países federativos (BANTING e CORBETT, 2002; FRANCE, 2002). Entre os instrumentos utilizados destacam-se a normatização, traduzida pela definição de princípios e diretrizes válidos para todo o território e as transferências financeiras federais.

Juntos tais instrumentos tendem a acomodar dois valores presentes nestas sociedades: a *cidadania social*, que se reflete no compromisso da oferta de um conjunto de bens e serviços para todos os cidadãos; a *diversidade regional*, que se expressa pela tomada de decisão descentralizada quanto ao destino final dos recursos nos espaços locorregionais.

As transferências intergovernamentais, portanto, cumprem papel fundamental e reforçam o poder central na correção dos desequilíbrios e promoção da equalização fiscal em grande número de países. Mas há de se considerar a experiência de algumas federações em que as esferas estaduais ocupam papel mais importante. Este é o caso da Alemanha, em que a partilha entre os estados (denominados *laender*) representam mais de 60% das transferências intergovernamentais e permitem a equalização horizontal na federação e as transferências federais possuem caráter redistributivo apenas suplementar (MORAES, 2001)

Vários são os fatores que interferem na adoção de determinados esquemas de repartição financeira, os critérios e condicionantes utilizados, assim como os governos envolvidos nos mecanismos de transferência implantados. Em geral, quanto mais descentralizados os encargos e mais significativas as desigualdades regionais, maiores são as necessidades de implantação de mecanismos de equalização fiscal para promover o equilíbrio horizontal da receita disponível[44].

Para países como Alemanha, Canadá, Austrália e, em menor proporção, Suíça, as denominadas ‘transferências solidárias’ são fundamentais para garantir uma diminuição das diferenças orçamentárias entre as esferas subnacionais, embora nem sempre considerem as necessidades efetivas de gasto dos governos. No Canadá, por exemplo, o principal programa de transferência intergovernamental é o *Canadian Health and Social Transfer* (CHST), cujo objetivo é transferir recursos da União para o custeio dos programas de saúde, educação de nível superior e assistência social. Embora o governo federal relacione de forma conceitual as transferências a certos objetivos, o programa impõe poucas condições às províncias e é, com frequência, considerado um programa de transferências incondicionais (BOOTHE, 2004)

No Brasil, a legislação da saúde estabelece que as transferências de recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios devam ser realizadas de forma regular e automática por meio de Fundos de Saúde. O artigo 35 da Lei

44 O conceito de receita disponível inclui a arrecadação própria de tributos (impostos, taxas e contribuições), com acréscimo e\ou subtração das transferências intergovernamentais previstas nos sistemas de partilha fiscal. Refere-se, portanto, ao resultado final da receita orçamentária após as transferências intergovernamentais.

Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) define as variáveis a serem consideradas no cálculo dos montantes a serem transferidos: perfil demográfico da região e epidemiológico da população; características da rede de serviços de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação da saúde nos orçamentos municipais e estaduais; previsão de investimentos; ressarcimento do atendimento prestado a outras esferas de governo. Além disso, metade dos recursos destinados às esferas subnacionais deve ser distribuída segundo parâmetro *per capita*.

Ela também indica a necessidade de abertura de conta especial para o recebimento das transferências, cuja movimentação deve ser objeto de fiscalização pelo respectivo Conselho de Saúde. Ao Ministério da Saúde, cabe acompanhar, através de seu sistema de auditoria, a aplicação dos recursos, bem como adotar as medidas previstas em caso de desvios e não utilização dos recursos.

Esta Lei foi desconfigurada por 25 vetos efetuados pelo Presidente Collor, logo após sua aprovação pelo Congresso Nacional, que prejudicaram, além de outros itens, os relativos aos mecanismos de transferência de recursos federais para os governos municipais e estaduais. Assim, as transferências federais são objeto de Lei complementar — a Lei 8142 (BRASIL, 1990b) — que resgata e enfatiza seu caráter regular e automático.

A Lei 8142 estipula como único critério a ser seguido, na falta de regulamentação do artigo n.35 da Lei 8080, *"o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio"*. Os recursos transferidos podem ser utilizados de forma ampla pelos gestores: em investimentos na rede de serviços, na cobertura assistencial e hospitalar e nas demais ações e serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade. Os condicionantes para as transferências também foram dispostos nesta lei: estabelecimento dos Fundos Estaduais e Municipais e Conselhos de Saúde; elaboração de Plano de Saúde; existência de contrapartida de recursos no orçamento dos estados e municípios; e constituição de uma comissão para elaborar um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Além disso, há previsão de que pelo menos 70% dos recursos transferidos sejam destinados aos municípios.

Fica claro pelos dispositivos legais que havia a intenção de propiciar à União formas para uma distribuição mais equitativa de recursos, sem comprometer o funcionamento da rede de serviços e a especialização de alguns entes governamentais como centros de referência. Em respeito à autonomia dos demais entes federativos, a utilização final dos recursos federais poderia atender a finalidades diversas da política de saúde no âmbito locorregional, estando submetida ao poder fiscalizador dos Conselhos de Saúde.

No entanto, cabe ressaltar que tanto a Lei 8080 quanto a Lei 8142 que a complementa, não explicitam os montantes a serem transferidos, nem traduzem operacionalmente a composição dos critérios para as transferências federais. A cooperação financeira dos estados aos municípios é estabelecida de modo vago

como também não ficam claros os dispositivos a serem utilizados no caso de estabelecimento de consórcios ou outros instrumentos para formalização de acordos intergovernamentais envolvendo instâncias da mesma esfera de governo.

O contexto de restrição e insuficiência de recursos financeiros, bem como o modelo de federalismo fiscal adotado, fez crescer nos anos subsequentes as expectativas dos gestores do SUS quanto ao financiamento público da saúde no Brasil (LIMA,2007a; LIMA, 2007b). Entre outras questões, destacam-se: a garantia de fontes estáveis e de condições de financiamento e gasto adequadas nas três esferas de governo; as possibilidades de condução federal dos rumos da política por meio de incentivos financeiros e conformação de regras nacionais; a suplementação e redistribuição de recursos fiscais para estados e municípios que pudessem compensar suas dificuldades próprias de financiamento sem maiores restrições quanto a sua gestão orçamentária; o desenvolvimento de uma política de investimentos para o SUS.

Não por acaso, desde o início da década de 1990, observam-se sucessivas mudanças nas regras que informam as transferências de recursos federais para os entes subnacionais. Tais mudanças foram promovidas pela edição de portarias ministeriais que definem os mecanismos de repasse de recursos financeiros, assim como os critérios utilizados no cálculo das transferências e os condicionantes para sua distribuição e execução em nível local.

Entre o conjunto de mudanças implantadas, verificam-se (LIMA, 2007a):

1. contenção e retardamento dos mecanismos de caráter automático por meio de transferências "fundo a fundo", associado a um tipo de descentralização fortemente tutelada pelo Ministério da Saúde;
2. transformação da ideia original de repasses globais não fragmentados (tipo block grants) para mecanismos distintos de transferência segundo nível da atenção à saúde, tipo de serviço ou programa, que exigem a adesão voluntária e, em alguns casos, a contra-partida dos entes subnacionais (tipo project grants);
3. inclusão de novos critérios e condicionantes para o recebimento e aplicação dos recursos;
4. manutenção das formas de remuneração direta do Ministério da Saúde por serviços prestados e de mecanismos conveniais.

O Quadro 4 procura sistematizar as inflexões relativas aos mecanismos de financiamento federal das ações e serviços do SUS empregados no período de 1990 a 2005 (período anterior à publicação do Pacto pela Saúde). Estão explicitadas somente as formas efetivamente implantadas, tendo em vista que muitos dos dispositivos previstos nas portarias nunca chegaram a vigorar.

Em 2005, na vigência simultânea da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002, configura-se no Brasil um modelo diversificado de transferências federais voltadas para o SUS. Neste ano, verificam-se a transferência de montantes fixos e regulares que são depositados em contas específicas dos Fundos de Saúde independente do quantitativo de ações e serviços produzidos ("mecanismos de transferência pré-produção") e recursos que variam mensalmente de acordo com a informação da produção ("mecanismos de transferência pós-produção").

Quadro 04. Formas de financiamento federal das ações e serviços descentralizados do SUS adotadas no período de 1990 a 2005

Período	Principais portarias vigentes	Mecanismos utilizados para o repasse de recursos às esferas subnacionais		Critérios para definição dos montantes a serem repassados	Condicionantes para o recebimento dos recursos
		Remuneração por serviços prestados	Transferências intergovernamentais		
1990 a 1994	NOB 01/91 e 01/92	Única forma utilizada	Não implementado	Limites máximos definidos em tetos financeiros para a área ambulatorial (Unidade de Cobertura Ambulatorial estratificada por estado e multiplicada pela população) e hospitalar (quota máxima em número de AIH)	Capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS)
1994 a 1998	NOB 01/93	Forma preponderante	Transferências em bloco (*block grants*)	Tetos financeiros e montantes globais baseados na série histórica de produção informada pelos sistemas SIA e SIH-SUS	Serviços prestados: capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS) Transferências globais: adesão voluntária e habilitação nas condições de gestão do SUS
1998 a 2005	NOB 01/96 e NOAS (2001 e 2002)	Forma residual	Transferências segmentadas em várias parcelas (*project grants*) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas Criação de incentivos financeiros para áreas estratégicas (FAEC)	Parcelamentos dos tetos financeiros por níveis de atenção, tipos de serviços e áreas (assistência, vigilância epidemiológica e sanitária) e dos montantes transferidos segundo critérios diversos (série histórica de produção informada pelos sistemas SIA e SIH-SUS e sistema APAC, população, cobertura de programas, entre outros) Repasses de recurso para áreas estratégicas sem critérios explícitos (geralmente “sobras de tetos”)	Serviços prestados: capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS e APAC) Transferências: adesão voluntária às normas e critérios estabelecidos pelo MS em portarias específicas, habilitação nas condições de gestão do SUS, certificação/ habilitação em programas específicos, capacidade de informação da produção e faturamento (FAEC)

Fonte: Adaptado de Lima (2007a).

Observa-se que a ampliação dos mecanismos de transferência intergovernamental no âmbito do SUS consolida o Ministério da Saúde como o principal responsável pela redistribuição de recursos financeiros voltados para a saúde. Mas, à medida que as transferências intergovernamentais tornam-se preponderantes como formas de financiamento, e regulares para um número maior de municípios e estados, os recursos transferidos são parcelados e novos critérios e condicionantes para sua distribuição e apropriação são incorporados.

Um maior número de mecanismos utilizados pode ser observado nos programas voltados para a atenção básica financiados pelo denominado Piso de Atenção Básica (PAB) variável e nas ações estratégicas apoiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC); justamente os grupos que sofrem um incremento mais expressivo de receitas na segunda metade da década de 1990 e início dos anos 2000.

Por um lado, a existência de várias modalidades para transferência de recursos, com objetivos e lógicas distintos, expressa o esforço federal de induzir e ampliar a implantação de programas prioritários em âmbito nacional. Por outro, causa elevada instabilidade nos processos orçamentários dos governos subnacionais que ficam sem parâmetros para estimar o volume de suas receitas disponíveis, sem garantir maior eficiência e efetividade no gasto. Além disso, Machado (2007) sugere que a intensa fragmentação torna complexa a gestão do conjunto das transferências pelo próprio Ministério da Saúde. Ainda que algumas modalidades tenham um sentido claro, a agregação de todas elas gera resultados antagônicos e dificulta a compreensão da direcionalidade da ação federal.

Se a prática de vinculação de recursos federais a políticas definidas nacionalmente é reconhecida como necessária na maioria das federações (PRADO, 2003a), o caso da saúde no Brasil suscita polêmica pelo elevado condicionamento sobre os gastos (ARRETCHE, 2005). Questionamentos são feitos em relação à amplitude do poder do Ministério da Saúde para distribuir recursos segundo suas prioridades *versus* o grau de autonomia requerida para que os gestores estaduais e municipais planejem políticas e aloquem recursos voltados para suas realidades locorregionais (CARVALHO, 2001).

Muitas destas questões foram utilizadas como justificativas para as alterações nas regras do financiamento do SUS propostas no Pacto pela Saúde. O Pacto estipula que os recursos do Ministério da Saúde destinados às ações e serviços descentralizados do SUS sejam organizados na forma de cinco blocos de financiamento (BRASIL, 2007): 1- atenção básica; 2- atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; 3- vigilância em saúde; 4- assistência farmacêutica; 5- gestão do SUS. Posteriormente, foi criado um sexto bloco referente aos investimentos.

Essa medida reduz o parcelamento das transferências federais e aumenta a autonomia dos entes subnacionais na gestão dos recursos, já que devem

ser depositados em conta única e específica para cada bloco de financiamento, com exceção dos recursos relativos à assistência farmacêutica, e daqueles provenientes de acordos de empréstimos internacionais.

Em que pesem os avanços das mudanças operadas, os dispositivos que regem a distribuição de grande parte dos recursos previstos nos blocos de financiamento do Pacto pela Saúde permanecem inalterados. Cada bloco é constituído por componentes que agregam antigos e novos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, que seguem critérios e condicionantes para sua transferência e uso definidos em portarias específicas. Assim, mesmo ganhando em termos de gestão orçamentária (os recursos depositados em conta única podem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco), a autonomia decisória dos entes subnacionais sobre o destino final de recursos permanece restrita, pois o repasse só poderá ser efetivado mediante a adesão do município ou estado ao referido programa e o compromisso da implementação das ações a que se destinam.

Cabe discutir ainda se a diversidade de critérios consolidados em cada bloco garante à União as condições necessárias para promover a redistribuição dos recursos do SUS, diminuindo as diferenças e ampliando a capacidade de gasto em saúde das esferas subnacionais, função primordial de qualquer sistema de partilha fiscal. Muitos estudos já realizados sugerem as potencialidades de algumas modalidades de transferência do SUS desenvolvidas desde a segunda metade da década de 1990 que foram mantidas no Pacto pela Saúde (tais como o Piso de Atenção Básica *per capita* e o PAB variável)[45]. Também é preciso considerar os esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde no sentido de desconcentração regional das despesas do Fundo Nacional de Saúde (LEVI e SCATENA, 2011).

Entretanto, algumas pesquisas são mais cuidadosas ao exaltarem os resultados alcançados pelo modelo de financiamento federal consolidado no sentido de redução das desigualdades nas condições de financiamento em saúde. O estudo de Ugá *et al.* (2003), por exemplo, que analisa o conjunto de despesas federais e não só as transferências intergovernamentais, demonstra que o peso da oferta e da produção de serviços restringe o processo de alocação equitativa de recursos federais para o custeio do SUS[46]. São necessários recursos de investimentos para equilibrar a oferta de serviços existentes; a alocação de recursos adicionais de custeio que contemplem diferentes perfis demográficos, epidemiológicos e condições sócio-sanitárias e estejam orientados para as maiores necessidades de saúde; e a maior participação dos estados na correção dos desequilíbrios vigentes a fim de que se alcancem mudanças mais consistentes.

---

45 Entre outros, Heimann et al. (2001), Costa e Pinto (2002), Costa e Melamed (2003), Marques e Mendes (2003) e Souza R. (2002 e 2003).

46 Para discussão aprofundada sobre o tema da eqüidade na distribuição geográfica de recursos financeiros, tanto no que se refere aos conceitos como às propostas metodológicas que orientam a alocação eqüitativa na saúde, consultar os trabalhos de Porto (2002) e Porto et al. (2003).

Nesse sentido, a pesquisa conduzida por Lima (2007a) indica que mesmo representando uma parcela expressiva de recursos nos orçamentos municipais[47] e apesar de uma tendência mais equitativa das transferências federais do SUS[48], a redistribuição desses recursos não foi suficiente para romper as desigualdades regionais das receitas públicas municipais, nem com a situação desfavorável dos municípios médios. Ambas são decorrentes das diferenças no volume de recursos próprios atualmente vinculados constitucionalmente à saúde pelos dispositivos da Emenda Constitucional n.29 de 2000.

Como resultado dos mecanismos de transferência federal de recursos do SUS, os municípios do Norte, Nordeste e os com população de 20 mil a 100 mil habitantes, se comparados a outros grupos:

1. possuem menores chances de ampliação de recursos próprios para a saúde como efeito da vinculação constitucional, já que a disponibilidade dessas fontes é relativamente mais baixa;

2. precisam empreender maior esforço fiscal e comprometer uma parcela mais elevada de seus orçamentos para garantirem a adequação dos recursos às suas necessidades de gasto em saúde; e

3. são os que mais dependem das transferências federais da saúde para ampliar suas receitas destinadas ao SUS e, por isso, estão mais sujeitos aos mecanismos de indução do MS.

No âmbito estadual, percebem-se importantes diferenças entre as regiões devido à capacidade de arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e de apropriação do Fundo de Participação dos Estados (FPE), sendo particularmente crítica a situação dos estados do Nordeste (LIMA, 2007a). Em grande parte, os repasses federais regulares do SUS para os estados estão atrelados ao modelo de descentralização e partilha de funções, induzindo a frequentes disputas entre municípios e estados, especialmente no que se refere à apropriação das transferências voltadas para o custeio das ações e serviços de alta e média complexidade.

---

47 As transferências federais do SUS constituem atualmente uma importante fonte de receita para os municípios brasileiros. Dados consolidados a partir do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) permitem aferir que, em 2005, estas representavam a: 1- quarta principal fonte de receita tributária, abaixo Fundo de Participação dos Municípios (FPM), da Cota-parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB); 2- segunda principal transferência regular da União (abaixo do FPM); 3- fonte de receita mais importante do que a arrecadação tributária própria em cerca de 53% dos municípios. A importância do SUS é ainda maior nos municípios médios e situados em regiões mais carentes.

48 Sobre esse aspecto, vale ressaltar algumas iniciativas recentes de mudanças nos critérios de transferência dos recursos de atenção básica, incluindo aqueles relacionados a modalidades diferenciadas de remuneração das equipes de saúde da família e compensação das especificidades regionais, que privilegiam de modo explícito as regiões do Norte e Nordeste do país.

A autora também sugere a fragilidade dos mecanismos de descentralização do financiamento da política de saúde adotados. Se houve avanços, esses foram temporalmente limitados e não alteraram as condições institucionais subjacentes dos municípios e estados beneficiados pelas transferências de recursos, por quatro razões principais:

1. o aumento das transferências federais não foi acompanhado de investimentos mais substantivos na rede pública de serviços. Isso é fundamental quando se quer diminuir o grau de desigualdade nas condições de oferta e de acesso à saúde associados aos vazios assistenciais ainda existentes em muitas regiões do país. Sobre este aspecto ressalta-se que a análise dos dispêndios federais da saúde indica a pouca importância dos investimentos no período de 1997 a 2004, quando se sobressaem os gastos com saneamento e as emendas parlamentares como fontes destes recursos (GADELHA, MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2009);

2. os critérios que regem a distribuição dos principais mecanismos de transferência federal no SUS — o Piso de Atenção Básica variável e os recursos voltados para a alta e média complexidade — estão fortemente atrelados à implantação de programas e à série histórica de produção e faturamento. No primeiro caso, os efeitos redistributivos para as regiões Norte e Nordeste se esgotam à medida que elas aderem aos programas. No segundo, somente municípios com capacidade de oferta prévia (própria ou privada credenciada) possuem maior chance de obtenção de receitas. O repasse desses recursos, portanto, se não acompanhado por investimentos na rede pública, reproduz as distorções no perfil da oferta e distribuição espacial da rede de serviços;

3. as transferências federais na saúde desconsideram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação de gasto a partir das receitas próprias das esferas subnacionais e o volume de recursos transferido é insuficiente para superar as limitações orçamentárias das jurisdições menos desenvolvidas. De fato, a falta de planejamento integrado das regras que orientam as transferências nos diversos subsistemas de partilha no Brasil, assim como a fixação dos coeficientes de distribuição dos Fundos de Participação ocorrida em 1989 dificultam a correção de assimetrias[49].

49 Para uma discussão acerca dos problemas e influência do modelo de partilha fiscal brasileiro no financiamento descentralizado do SUS, consultar Lima (2009).

4. embora esforços recentes tenham sido empreendidos pelos governos estaduais, há pouca participação dos estados por meio da implantação de mecanismos automáticos de transferência aos municípios. As relações predominantes no modelo de transferência do SUS são verticais e envolvem preferencialmente o Ministério da Saúde e os municípios. Não foram suficientemente explorados os mecanismos de transferência horizontal de recursos — intermunicipais e interestaduais. A falta desses mecanismos compromete o financiamento articulado entre as três esferas de governo nos espaços regionais e dificulta a regionalização.

Aqui cabe tecer uma consideração mais geral acerca das regras relativas ao financiamento da saúde evocadas pelo Pacto: avanços mais significativos só poderão ser obtidos quando as transferências específicas da saúde forem compreendidas e planejadas como parte integrante do sistema de partilha de recursos tributários em nossa federação. Os resultados do subsistema de distribuição dos recursos da saúde, cuja finalidade precípua é o financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS e, como tal, devem atender às necessidades da política setorial, interferem no balanço orçamentário dos governos. Por outro lado, a repartição de receitas tributárias estabelecida pela Constituição condiciona a disponibilidade da receita final destinada à saúde nas instâncias subnacionais.

4 | DIRETRIZES PARA O APRIMORAMENTO DA COORDENAÇÃO FEDERATIVA NO SUS

Neste capítulo procurou-se argumentar que as formas de articulação entre as diferentes instâncias de governo na política de saúde devem ser compreendidas à luz das condições institucionais moldadas pelo pacto federativo brasileiro e pelas peculiaridades da trajetória da descentralização e regionalização no SUS. Depreende-se que mudanças mais substantivas na coordenação federativa do sistema público de saúde dependem de alterações no contexto geral subjacente a este processo.

Entre os temas que devem ser objeto de regulamentação e reformas políticas mais amplas, que informam as relações intergovernamentais no Brasil e possuem forte impacto nas políticas de saúde, dois são particularmente relevantes:

1. a legislação sobre as regras, princípios e procedimentos que disciplinam a cooperação intergovernamental;

2. a legislação fiscal e tributária no que diz respeito a gestão dos recursos públicos e ao federalismo fiscal.

No primeiro caso, a lei pode ampliar as possibilidades de formalização das parcerias intergovernamentais na saúde, além de definir alguns procedimentos formais de diplomacia que favoreçam o entendimento e a cooperação intergovernamental. No segundo, mudanças na Lei de Responsabilidade Fiscal são necessárias para atender as necessidades de ampliação dos gastos governamentais e ampliar o caráter público do sistema de saúde. Alterações nos sistema de partilha fiscal também são fundamentais para atender aos novos requisitos de equalização impostos pelo desenvolvimento econômico e universalização das políticas sociais.

Na política de saúde, mudanças recentes evocadas pela publicação do Decreto n.7508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), ressaltam a necessidade do fortalecimento do enfoque territorial e da capacidade das três esferas conduzirem de modo articulado os processos de descentralização e regionalização em seu âmbito de competência.

Entretanto, é preciso considerar que o resgate do território no planejamento e na gestão da política de saúde transcende a lógica organizativa e a racionalidade setorial embutida na discussão de redes de atenção à saúde. O território (e a região) agrega a perspectiva da diversidade regional (traduzida por dinâmicas territoriais específicas), do desenvolvimento, da integração de políticas sociais e econômicas, e de articulação dos diversos campos da atenção à saúde (assistência, vigilâncias, desenvolvimento e provisão de recursos humanos, tecnologias e insumos para a saúde) que se fazem necessários para o avanço do SUS nos próximos vinte anos.

Alguns esforços podem ser empreendidos nesse sentido, tais como:

1. Alterações organizacionais, desenvolvimento e incorporação de tecnologias de informação no Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde, que possibilitem um olhar integrado sobre o território e o reforço do planejamento regional do sistema de saúde em várias escalas territoriais.

2. Elaboração de uma pauta de negociação regional, no plano nacional e estadual, que subsidie compromissos a serem assumidos pelos gestores (atrelados ou não ao Pacto pela Saúde) no sentido de integrar a atenção à saúde aos investimentos, às ações de fomento, ao complexo industrial da saúde, às estratégias de formação e alocação de recursos humanos e à política de ciência e tecnologia no SUS.

3. Formulação de propostas que visem apoiar os processos de organização político-territorial do SUS nos estados brasileiros que levem em consideração seus condicionantes e estágios diferenciados de implementação.

4. Valorização, atualização e diversificação das estratégias e instrumentos de negociação e pactuação intergovernamental, por meio de:

- ampliação da representatividade e do debate sobre temas de interesse regional nas instâncias federativas do SUS (ex: CIT, Conass, Conasems, CIB, Cosems e Colegiados de Gestão Regional ou Comissões Intergestores Regionais);
- ampliação da institucionalidade das instâncias federativas no plano regional (incorporação de pessoal permanente, qualificação da equipe técnica e dirigente, reforço das funções de planejamento e regulação nessas instâncias) e criação de novos arranjos em situações específicas (tais como as regiões metropolitanas, as áreas fronteiriças, as zonas limítrofes entre estados, as áreas de proteção ambiental e reservas indígenas, entre outras);
- consolidação de parcerias intergovernamentais (consórcios e contratos) a partir da configuração de planos regionais de saúde formulados e acordados nas instâncias de negociação e pactuação federativa do SUS.

Um aspecto não menos importante para o aprimoramento da coordenação federativa diz respeito ao modelo de transferência de recursos financeiros adotado no SUS. Como enfatizado, a compreensão de que os arranjos adotados na saúde são afetados e afetam o federalismo fiscal é um dos pressupostos que deve nortear qualquer proposta de mudança nos mecanismos vigentes.

Várias questões devem ser consideradas no estabelecimento de mecanismos de transferência orçamentário-financeiras entre esferas de governo. Essas questões traduzem-se como desafios técnico-metodológicos e como escolhas políticas que deverão ser enfrentadas na moldagem de um sistema de partilha que, através de mecanismos de indução, suplementação, redistribuição e equalização fiscal, tenha como principais objetivos:

- estimular a cooperação intergovernamental;
- consolidar as regiões de saúde;
- garantir um financiamento adequado do SUS em nível locorregional.

Uma importante decisão a ser tomada refere-se à proporção de recursos do orçamento do Ministério da Saúde que se destinarão ao financiamento público

das ações e serviços descentralizados de saúde, tornando-se, portanto, transferências obrigatórias do governo federal.

Outra está relacionada à eleição de critérios que permitam extrair dos recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde o mais amplo efeito de redução das desigualdades injustas nas receitas vinculadas à saúde dos governos subnacionais. Aqui, as escolhas envolverão variáveis e parâmetros para mensuração dos montantes de recursos federais a serem transferidos, considerando-se a capacidade de autofinanciamento dos estados e municípios, as demandas diferenciadas e a distribuição das ações e serviços de saúde no território.

Além disso, é preciso estabelecer padrões adequados de oferta, cobertura e gasto público em ações e serviços de saúde (de natureza, complexidade e custos diversos) que se quer garantir por meio das transferências federais, nos diversos campos e níveis de atenção à saúde. Sugere-se que os blocos de financiamento estabelecidos pelo Pacto pela Saúde possam ser utilizados como um primeiro critério para agregação de variáveis e estimativas dos montantes a serem transferidos[50]. Também é preciso manter um caráter indutor atrelado aos mecanismos de transferência intergovernamental, dado o importante papel que estes possuem na expansão de políticas prioritárias que assumam uma feição pactuada entre os governos.

Esses padrões devem estar adequados às distintas realidades regionais. A adequação regional de critérios de transferência pode desempenhar um papel importante no respeito da diversidade territorial e, simultaneamente, na superação das desigualdades.

Como na Saúde, verifica-se um grau elevado de compartilhamento de funções entre os governos estaduais e municipais, e frente ao elevado número de municípios e às disparidades entre eles, é conveniente que o estabelecimento de padrões voltados para a equidade fiscal considere o orçamento integrado destas duas instâncias de governo nos limites de cada estado. No âmbito de cada estado, a distribuição de recursos federais entre os municípios e o governo estadual obedeceria aos critérios e acordos explicitados nos planos de regionalização, auxiliando, ainda, a constituição de fundos regionais tripartites (compostos pelas três esferas de governo) atrelados aos consórcios de saúde[51] ou aos contratos estabelecidos entre os entes.

---

50 Dificilmente, no Brasil, em razão das acentuadas desigualdades regionais, poderia ser adotado um modelo de transferência único, não parcelado, do tipo *block grants*, tais como implantado em outros países federativos (são exemplos o Canadá e a Austrália). O padrão redistributivo das transferências federais do SUS, ainda que limitado, deve-se à manutenção da diversidade de critérios utilizados. No que se refere aos recursos voltados para a atenção básica, destacam-se o per capita simples e os incentivos diferenciados para as regiões Nordeste e Norte do país no bojo de políticas específicas. Nos níveis de média e alta complexidade, a predominância do critério de capacidade instalada e de produção de serviços para distribuição de recursos entre estados e municípios, acaba por priorizar aqueles que atuam como centros de referência no sistema de saúde.

51 A legislação recente dos consórcios públicos prevê um instrumento denominado “contrato de rateio” para que os entes consorciados possam entregar recursos financeiros ao consórcio.

Cabe ainda a adoção de critérios para a transferência de recursos que permitam identificar, valorizar e fomentar a adoção de práticas inovadoras na gestão e no cuidado à saúde. Neste caso, faz-se necessário uma diversificação maior de estratégias e instrumentos de "premiação" que valorizem melhorias de desempenho da gestão e dos resultados atingidos. O descumprimento de uma meta acordada não necessariamente denota baixo empenho dos gestores em honrar com compromissos de melhoria das condições de saúde da população. Este pode refletir desigualdades subjacentes, bem como fragilidades das condições político-institucionais das secretarias de saúde (incluindo aqui as tecnologias e os sistemas de registro e apuração das informações em saúde disponíveis; as estruturas e processos empregados para o planejamento, o controle e avaliação das ações e serviços de saúde). Portanto, o escopo de mecanismos de premiação poderia incluir alguns indicadores de processo visando apreender a diversidade regional, valorizando o planejamento e o cumprimento de metas pelo conjunto de gestores de uma dada região, e iniciativas bem-sucedidas de cooperação e a gestão intergovernamental.

Uma terceira escolha diz respeito às formas como o sistema permitirá a realização de compensações financeiras entre estados e municípios em virtude da especialização de funções no sistema locorregional. Sobre esse aspecto, convém lembrar que existem formas de cooperação intergovernamental por meio de transferências financeiras entre instâncias do mesmo nível de governo, pouco implantadas até o momento. Estas últimas, no entanto, exigem a adoção de instrumentos de informação adequados (como o cartão SUS), que permitam identificar a origem dos pacientes atendidos e os serviços prestados.

Não menos relevante é a definição do modo como se efetuará a fiscalização, a avaliação e a prestação de contas dos governos na utilização dos recursos da saúde e a atuação dos diferentes órgãos — sistema de auditoria, Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores, tribunais de Conta — nesse processo. Mais do que instituir penalidades ressalta-se a importância desses mecanismos para a aquisição de um padrão redistributivo dinâmico das transferências intergovernamentais no SUS. É condição de qualidade e eficiência do sistema que ele contemple revisões periódicas em função de alterações relevantes nas condições socioeconômicas e demandas por serviços, desde que os fluxos de recursos mantenham certa regularidade garantindo estabilidade ao processo de elaboração e execução orçamentária.

Por último, serão necessários novos recursos de investimento para permitir uma oferta de serviços adequada e menos desigual nas diferentes regiões do país. Esses recursos são quase uma dívida da União perante os estados e municípios que experimentaram, desde o início dos anos 2000, o planejamento integrado de suas redes de serviços, expressos nos Planos Diretores de Regionalização e Investimentos. Na sua maioria, estes planos representam uma proposta de organização de serviços já existentes pela ausência de garantias financeiras.

As decisões acima não são simples. Elas envolvem um processo de negociação intenso entre atores políticos do Executivo, do Legislativo e da sociedade, e maior comprometimento das diferentes esferas de governo na gestão e financiamento do SUS. Por outro lado, abre uma agenda de pesquisas sobre os mecanismos de coordenação federativa na saúde, que possam gerar novos conhecimentos e apoiar o detalhamento e aprofundamento das diretrizes aqui propostas.

6 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F.L. **Os barões da federação:** os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: HUCITEC/Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, 1998.

ABRUCIO, F.L. A reconstrução das funções governamentais no federalismo brasileiro. In: HOFMEISTER, W.; CARNEIRO, J. M. B. (Orgs.). **Federalismo na Alemanha e no Brasil.** São Paulo: Fundação Konrad Adenauer Stiftung, p. 95-105. (Série Debates, v. I, n. 22), 2001.

ABRUCIO, F.L. Reforma política e federalismo: desafios para a democratização brasileira. In: BENEVIDES, M. V.; KERCHE, F., VANNUCHI, P. (Orgs.). **Reforma política e cidadania.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

ABRUCIO, F.L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, 24: 41-67, 2005.

ABRUCIO, F.L., SAMUELS, D. A nova política dos governadores. **Lua Nova**, São Paulo, 40 (41):137-166, 1997.

AFFONSO, R., SILVA, P.L.B. (Orgs.). **A federação em perspectiva:** ensaios selecionados. São Paulo: Edições Fundap, 1995.

ALBUQUERQUE, M.V.; IOZZI, F.L.; MELLO, G.A. O processo de regionalização nos estados brasileiros. In: VIANA, A.L.D. e LIMA, L.D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2011. p.117 a 172.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)**, 51: 13-34, 2001.

ALMEIDA, M.H.T. Recentralizando a federação? **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, 24: 29-40, 2005.

ALMEIDA, M.H.T. O Estado no Brasil contemporâneo. In: MELO, C.R., SÁEZ, M.A. (Orgs.). **A Democracia Brasileira:** balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007. p. 17-37.

ARRETCHE, M.T.S. **Estado federativo e políticas sociais:** determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: REVAN/ São Paulo: FAPESP, 2000. 302 p.

ARRETCHE, M.T.S. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, 45(3): 431-458, 2002.

ARRETCHE, M.T.S. **Quem taxa e quem gasta:** a barganha federativa na federação brasileira. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v.24, p. 69-85, 2005.

ARRETCHE, M.T.S. Continuidades e descontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **Dados**, 52 (2): 377-423, 2009.

BANTING, K.; CORBETT, S. Federalismo y políticas de atención a la salud. In: AUCLAIR, C.; CARRASCO, C.H.G. (Ed.). **Federalismo y políticas de salud:** descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada. Ottawa: Foro de Federaciones/ Ciudad de México: Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, 2002.

BOOTHE, P. Tributação, gastos e compartilhamento nas federações: a evidência da Austrália e do Canadá. In: BOOTHE, P.(Ed.). **Relações fiscais em países federais:** quatro artigos. Ottawa: Foro de Federaciones; Ciudad de México: Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, 2004. p. 7-20.

BRANDÃO, C. **Território e desenvolvimento:** as múltiplas escalas entre o local e o global. Campinas: Editora da Unicamp, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde — A Ousadia de Fazer Cumprir a Lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização solidária e cooperativa:** orientações para sua implementação no SUS. (Série Pactos pela Saúde, v.3). Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (c).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intraestadual:**orientações para organização e funcionamento. (Série Pactos pela Saúde, v.10). Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM/MS n.399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Diário Oficial da União 2006(a), 23 fev.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM/MS n.699 de 30 de março de 2006.** Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Diário Oficial da União 2006 (b), 03 abr.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM/MS n. 204 de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Diário Oficial da União 2007, 31 jan.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM/MS n. 2751 de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde. Brasília: Diário Oficial da União 2009, 12 nov. 2009 (b).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM/MS n.4279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2010, 30 dez.

BRASIL, MINISTÉRIO DE SAÚDE, Secretaria da Atenção à Saúde. Relações entre níveis de governo na gestão do SUS. São Paulo, 2002. Slide 9. Trabalho apresentado no Seminário Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/RelacoesNiveisGov_arquivos/frame.htm. Acesso em: mai 2011.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde — SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2000(b), 31 dez. Brasília, 1990 (b).

BRASIL. **PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei Orgânica da Saúde** — Lei n. 8080 de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990 (a), 20 set. Brasília, 1990.

BRASIL. **PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Emenda Constitucional** n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União 2000 (a), 14 set. Brasília, 2000.

BRASIL. **PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei Complementar n.º 101 de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União 2000 (b), 05 mai. Brasília, 2000.

BRASIL. **PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei n° 11.107, de 6 de abril de 2005.** Dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário Oficial da União 2005, 07 abr. Brasília, 2005.

BRASIL. **PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto n° 6.017, de 17 de janeiro de 2007.** Regulamenta a Lei n° 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos. Diário Oficial da União 2007, 18 jan. Brasília, 2007.

BRASIL. **PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União 2011**, 29 jun. Brasília, 2011.

BREMAEKER, F. E. J. **Evolução do quadro municipal brasileiro no período entre 1980 e 2001.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 2001. 11 p. (Série Estudos Especiais n. 20)

BURGESS, M. Federalism and federation: a reappraisal. In: BURGESS, M., GAGNON, A.G. (Orgs.). **Comparative federalism and federation:** competing traditions and future directions. Toronto: University of Toronto, 1993. p. 3-14.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, Sonia. **Democracia, descentralização e desenvolvimento:** Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 417-442.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CARVALHO, J. M. Federalismo y Centralización em El Império Brasileño: Historia y Argumento. In: CARMAGNANI, M. (Coord.) et al. **Federalismos Latinoamericanos:** México/Brasil/Argentina. México: El Colégio de México/Fondo de Cultura Econômica, 1996. p.51-80.

COSTA, N. R.; PINTO, L.F. Piso de atenção básica: mudanças na estrutura. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L. D. (Orgs.). **O SUS em dez anos de desafios.** São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 271-297.

COSTA, R.C.R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista Sociologia e Política**, 18\; 49-71, 2002.

DAIN, S. Dilemas do Estado diante da nova ordem econômica e social. In: VALLADARES, L., COELHO, M. P. (Orgs.). **Governabilidade e pobreza no Brasil.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. p. 65-104.

DALLARI, S. G. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1995. 133 p.

DANIEL, C., SOMEKH, N. Gestão compartilhada, limites e possibilidades: a experiência do Grande ABC. In: FUNDAÇÃO PREFEITO FARIA LIMA (Org.). **Consórcio:** uma forma de cooperação intermunicipal. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima/Cepam. Unidades de Políticas Públicas, 2001. p. 159-170.

DOLHNIKOFF, M. **O Pacto Imperial:** origens do federalismo no Brasil do século XIX. São Paulo: Globo, 2005.

ELAZAR, D. J. **Exploring federalism.** Tuscaloosa, AL: University of Alabama, 1987. 335 p.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A.M. **Gestão de redes:** a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FRANCE, G. Federalismo fiscal: experiências internacionais e modelo para a Itália. In: NEGRI, B., VIANA, A.L.D. (Orgs.). **O SUS em dez anos de desafios.** São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002. p. 65-83.

GADELHA, C. A. G., et al. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e território.** São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa:** um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GOMES, G. M., MAC DOWELL, M. C. **Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios:** o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Brasília: IPEA, 2000. (Texto para Discussão n.706).

GOULART, F. A. A. **Municipalização Veredas:** caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco/Conasems, 1996.

GUIMARÃES, L. **Arquitetura da Cooperação Intergovernamental:** os Consórcios em Saúde de Mato Grosso. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2001.

HALL, P.; TAYLOR, R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, 58:193-224, 2003.

HAM, C.; HILL, M. **The policy process in the modern capitalist State**. Hertfordshire: Haverster Wheatsheaf, 1993.

HEIMANN, L. S. et al. **Quantos Brasis?**: eqüidade para alocação de recursos no SUS. São Paulo: Instituto de Saúde — SES/SP; MS; IDRC; Red; Polis, 2001. 1 CD-Rom.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos Municípios Brasileiros** — Gestão Pública 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

KUGELMAS, E., SOLA, L. Recentralização/descentralização:dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. **Tempo Social**, São Paulo, 11(2): 63-83, 1999.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (5):2307-2316, 2010.

LEVCOVITZ, E., LIMA, L. D., MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva,** 6(2): 269-291, 2001.

LEVI, M.L.; SCATENA, J.H.G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A.L.D.; LIMA, D.L. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2011. p. 81-113.

LIJPHART, A. **Modelos de democracia:** desempenho e padrões de governo em 36 países. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

LIMA, A.P.G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 16 (4): 985-996, 2000.

LIMA, L.D. **O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde:** um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

LIMA, L.D. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde:** a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007(a).

LIMA, L.D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(2): 511-522, 2007(b).

LIMA, L.D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, 6(3): 573-597, 2009.

LIMA, L.D., et al. Pacto Federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M.A.; SÀ, M.C.; MARTINS, M.; BRAGA NETO, F. (Orgs.). **A gestão do SUS no âmbito estadual:** o caso do Rio de Janeiro. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 27-58.

LIMA, L.D., et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** (on line), 2011. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=7249. Acesso em: jul 2011.

LOPREATO, F. L. C. O endividamento dos governos estaduais nos anos 90. **Economia e Sociedade**, Campinas, 15:117-158, 2000.

LUCCHESE, P.T.R. et al. **A gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde:** o diálogo na Comissão Intergestores Tripartite: Projeto Descentralização On-Line 2000-2002. Rio de Janeiro: Escola de Governo; Ensp, 2003.

MACHADO, C.V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, 23 (9): 2113-2126, 2007.

MACHADO, C.V., BAPTISTA, T.W.F., LIMA, L.D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(5): 757-772, 2010.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D., BAPTISTA, T. W. F. Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C., PONTES, A. L. M. (Orgs.). **Políticas de Saúde:** a Organização e a Operacionalização do Sistema Único de Saúde. 1º ed. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007. p. 139-162.

MACHADO, C., et al. O papel das Comissões Intergestores Bipartites na regionalização. In: VIANA, A.L.D. e LIMA, L.D. (Orgs). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2011. p.173-196.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção básica e programa de saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência e Saúde Coletiva**, 8 (2): 403-415, 2003.

MÉDICI, A.C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil:** balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

MELO, A.C. Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal”: efeitos perversos da descentralização? **São Paulo em Perspectiva**, 10 (3): 11-20, 1996.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1999.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(5): 2297-2305, 2010.

MESQUITA, A.C.S. **Crise do Estado Nacional Desenvolvimentista e Ajuste Liberal:** A Difícil Trajetória de Consolidação do Sistema Único de Saúde — SUS (1988/2007). 2008. Dissertação (Mestrado), Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2008.

MIRANDA, A. Processo decisório em Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto)regulada. **Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde/ABRASCO**, 1(1): 117-139, 2010.

MIRANDA, A.S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde**. 2003. 241f. Tese (Doutorado) -Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

MONTEIRO, J.C.A. Consórcio Intermunicipal de Penápolis. **Divulgação em saúde para debate.** Paraná: CEBES, 1989.

MORA, M. **O processo de endividamento dos estados:** problemas e limites à descentralização e à autonomia. 1998. Dissertação (Mestrado), Rio de Janeiro: Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

MORA, M., VARSANO, R. **Fiscal decentralization and subnational fiscal autonomy in Brazil:** some facts of the nineties. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para Discussão n.854).

MORAES, M. R. **As relações intergovernamentais na República Federal da Alemanha:** uma análise econômico-institucional. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. (Série Pesquisas; 22).

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva,** 6(2):445-450, 2001.

NORONHA, J.C.; LIMA L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde — SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, F.A. Fundef e SUS: duas experiências (virtuosas?) de descentralização. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F.A. (Orgs.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil:** desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003. p. 203-269.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud:** conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie La Renovación de La Atención Primaria de Salud em lás Américas. Washington DC: Organizacion Panamericana de La Salud, 2008.

PEDREIRA, R. S. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil:** contexto, panorama e regulamentação recente. 2007. Monografia de Especialização, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

PESTANA, M.V.C.S.; MENDES, E.V. **Pacto de gestão:** da municipalização autárquica a regionalização cooperativa. Belo Horizonte: SES, 2004.

PIERSON, P. **Politics in time:** history, institutions, and social analysis. Princeton: Princeton University Press, 2004.

PIERSON, P., LEIBFRIED, S. The dynamics of social policy integration. In: LEIBFRIED, S., PIERSON, P. (Ed.). **European social policy:** between fragmentation and integration. Washington, D.C.: The Brookings Institution, 1995.

PORTO, S. M. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(4): 939-957, 2002.

PORTO, S.M., et al. Metodologia de alocação eqüitativa de recursos. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 65, p. 376-388, 2003.

PRADO, S. (Coord.), QUADROS, W., CAVALCANTI, C. E. **Partilha de recursos na federação brasileira.** São Paulo: FAPESP; FUNDAP/ Brasília: IPEA, 2003.

PRADO, S. Partilha de recursos e desigualdade nas federações: um enfoque metodológico. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F.A. (Orgs.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil:** desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: FGV: Konrad Adenauer, 2003 (a). p.273-331.

PRADO, S. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: REZENDE, F., OLIVEIRA, F. A. (Orgs.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil:** desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003 (b). p. 41-125.

PRADO, S., CAVALCANTI, C. E. G. **A guerra fiscal no Brasil.** São Paulo: FUNDAP/ FAPESP; Brasília: IPEA, 2000.

RIBEIRO, J.M. Conselhos de Saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, 13 (1):81-92, 1997.

RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R. Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: os consórcios municipais no sistema único de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, 22: 173-220, 2000.

RIBEIRO, P.T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. **Ciência e Saúde Coletiva,** 13(3): 819-828, 2009.

SALLUM, JR., B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: SALLUM JR., B.(Org.). **Brasil e Argentina hoje:** política e economia. Bauru, SP: EDUSC, 2004. p. 47-77.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M.. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(3): 1671-1680, 2011.

SILVA, I. F.; LABRA, M.E. As instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cadernos de Saúde Pública,** 17 (1): 22-41, 2001.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3): 431-442, 2002.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, 24: 105-121, 2005.

SOUZA, R.R. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.D. (Orgs.). **O SUS em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 411-437.

SOUZA, R.R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 8(2): 449-460, 2003.

STEPAN, A. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do demos. **Dados**, 42 (2): 197-251, 1999.

THELEN, K; STEINMO, S. Historical institutionalism in comparative politics. In: THELEN, K; STEINMO, S.; LONGSTRETH, F. (Orgs.). **Structuring Politics:** historical institutionalism en comparative analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, p.1-32.

UGÁ, M.A., et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8(2): 417-437, 2003.

VARSANO, R. **A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século:** anotações e reflexões para futuras reformas. Brasília: IPEA, 1996. (Texto para Discussão n.405).

VIANA, A.L.D. **Sistema e descentralização:** a política de saúde no estado de São Paulo nos anos 80. Tese (Doutorado), Campinas: Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, 1994.

VIANA, A.L.D., LIMA, L.D., OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto — lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3): 493-507, 2002.

VIANA, A. L. D. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (Suppl.2): S117-S131, 2007.

VIANA, A.L.D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, 22 (1): 92-106, 2008.

VIANA, A.L.D., MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14(3): 807-817, 2009.

VIANA, A.L.D., LIMA, L.D., FERREIRA, M.P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(5): 2317-2326, 2010.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2011.

WATTS, R. L. **Comparing federal systems in the 1990s.** Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, 1996.

Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde: redes locais, regionais e nacionais

MODELOS DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE:
REDES LOCAIS, REGIONAIS E NACIONAIS

Assis Mafort Ouverney
José Carvalho de Noronha

1 | INTRODUÇÃO

Os sistemas integrados ou redes de atenção à saúde têm produzido resultados significativos em diversos países e são apontados como eficazes tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos desafios mais recentes do cenário sócioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário, tais como o crescimento proporcional das doenças crônicas, a elevação dos custos de tecnologias, as necessidades especiais advindas do envelhecimento populacional, etc. (MUR-VEEMAN et al, 2003; DIAZ, 2004; GILLIES et al, 2003).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) tem atribuído forte destaque à formação de redes de atenção em suas atividades e documentos de referencia relativos ao aperfeiçoamento dos sistemas de saúde. Diversos esforços de agenda convergiram para a formulação, em 2008, de um marco conceitual e operativo intitulado Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Esse marco resulta do debate qualificado de especialistas e gestores de centenas de países que, em oficinas de consulta regional, aprofundaram o conhecimento atual sobre o tema.

No Brasil, a Constituição de 1988 definiu a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Segundo o texto constitucional, as ações e serviços de saúde conformam uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional.

Entretanto, o processo de construção do SUS ao longo da década de 1990, em um contexto político e econômico adverso, privilegiou a expansão das

bases municipais de ações e serviços de saúde em consonância com a diretriz de descentralização. O debate em torno da busca por maior integração para as ações e serviços de saúde adquiriu nova ênfase apenas no início da década de 2000, a partir das reflexões relativas ao aprofundamento do próprio processo de descentralização[1], na medida em que as reflexões convergiram para a necessidade de definir o espaço regional como lócus essencial de construção do SUS. Essa diretriz partiu da constatação de que a maioria dos municípios isoladamente não possui condições de garantir oferta integral a seus cidadãos.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde — NOAS, editada em 2002, enfatizou a necessidade de consolidar uma lógica de estruturação de redes regionalizadas como um sistema de saúde integrado regionalmente, introduzindo elementos estratégicos de integração intermunicipal como a delimitação de referências territoriais para a elaboração de políticas, programas e sistemas organizacionais (módulos, microrregiões e regiões) e o estabelecimento de instrumentos de planejamento integrado como os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos (BRASIL, 2002).

O Pacto pela Saúde (2006) ressalta a necessidade de aprofundar o processo de regionalização da saúde como estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, sendo uma das responsabilidades gerais da gestão dos Estados "coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região" (BRASIL, 2006).

Na sequência, o Programa Mais Saúde: Direito de Todos: 2008-2011, do Ministério da Saúde, instituiu os Territórios Integrados de Atenção à Saúde — TEIAS como modelo de organização de redes de atenção à saúde adequado ao processo de consolidação do SUS, de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade. O Território Integrado de Atenção à Saúde consiste em um conjunto de políticas, programas e unidades de atenção à saúde articulados no espaço de uma região de saúde de maneira funcional por meio de estratégias clínicas e estruturas públicas de planejamento, gestão e governança (BRASIL, 2007).

Recentemente, o Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), estabeleceu novas estratégias e instrumentos para a consolidação das redes de atenção à saúde, valorizando a construção de relações colaborativas

---

1 O debate relativo à integração de ações e serviços por meio de processo de regionalização esteve presente na política nacional de saúde no Brasil em diversas experiências e formatos como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde — PIASS (1976), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde — PREV SAÚDE (1980), as Ações Integradas de Saúde — AIS (1982-1986) e o Sistema Único Descentralizado de Saúde — SUDS (1987). Na história recente do SUS, apesar da presença do conceito de redes regionalizadas como fundamento constitucional e da existência de diversas experiências espontâneas de estados e municípios, estratégias nacionais institucionalizadas de política direcionadas especificamente à integração regional voltaram ao centro do debate apenas com o processo de discussão e formulação da Norma Operacional da Assistência à Saúde— NOAS, 2001 (KUSCHNIR, 2007).

entre os entes federados por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde e fortalecendo o papel de coordenação dos gestores estaduais e das comissões intergestores (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, considerando-se o esforço prospectivo voltado para o aperfeiçoamento da política de saúde do país para as próximas duas décadas, é importante buscar subsidiar futuras estratégias nacionais de organização da atenção à saúde nas diversas dimensões do sistema de saúde.

Esse texto tem como objetivo discutir a organização do cuidado à saúde visando a promoção da atenção integrada especificamente ajustada para a consolidação do Sistema Único de Saúde — SUS.

Para tal, o texto está organizado em cinco seções, incluindo essa introdução. A segunda apresenta uma discussão sobre as condições crônicas e envelhecimento populacional; a seguir, apresenta-se uma revisão do conceito de cuidado integrado e redes de atenção procurando abranger as diversas dimensões apresentadas na literatura. A quarta apresenta uma síntese da configuração e da dinâmica atual da oferta de ações e serviços de saúde do SUS e suas principais insuficiências, enquanto na última seção são apresentadas as linhas de pesquisa consideradas essenciais para compor uma agenda prospectiva de investigação nessa temática para o SUS.

2 | CONDIÇÕES CRÔNICAS E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

As significativas mudanças observadas no perfil sóciodemográfico-epidemiológico nas últimas décadas impõem uma profunda reavaliação das propostas de organização e desenho de modelos assistenciais. O Brasil, sem deixar inteiramente para trás as “doenças da pobreza”, já se vê frente a frente com o amplo predomínio das doenças crônico-degenerativas, agravado por um elevado contingente de causas externas em seu perfil de morbimortalidade. A esperança de vida ao nascer cresce de maneira sustentada, a fecundidade se reduz também de maneira regular e a proporção de idosos na população cresce. Não há grandes probabilidades de que esses processos se interrompam nas duas décadas à frente. Nosso perfil aproxima-se aceleradamente daquele observado nos países mais desenvolvidos. Esses processos, entretanto, se dão de maneira desigual entre regiões e grupos sociais, obrigando que o ordenamento da atenção à saúde dê conta dessa desigualdade em um país de dimensões continentais.

Archie Cochrane (1972), na década de 1970, já chamava atenção para este processo de transição em que as doenças agudas que podiam ser curadas iam sendo substituídas por outras que requerem cuidados continuados e permanentes. Da mesma forma, como salienta Starfield,

> *as doenças crônicas, sejam elas resultantes de infecções (cada vez mais frequentemente virais ou fúngicas), traumas, anomalias de desenvolvimento, defeitos autoimunes, susceptibilidades genéticas ou degeneração celular, são um produto de múltiplas influências sobre a saúde. Já não existe um 'agente' culpado da causa das doenças, e "doença" em si não é mais um conceito simples.* (STARFIELD, 2008).

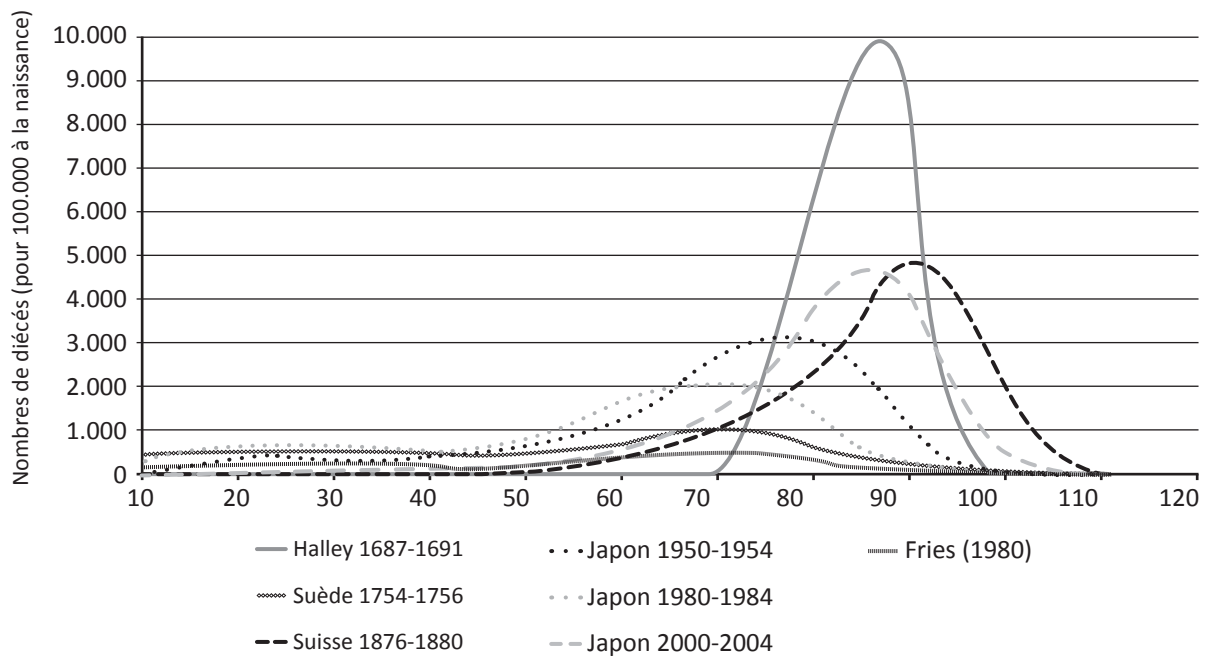
O modelo assistencial de Leavell & Clark (1965) que propunha organização da assistência e da prevenção em saúde pelos níveis primários, secundário e terciário passa a requerer uma revisão profunda. Cada vez menos se poderá segmentar o atendimento das necessidades das pessoas em um nível determinado de organização do sistema assistencial. Também vence o modelo de maior resolubilidade de níveis inferiores do sistema, pois o que se trata agora é de atender às necessidades de cuidados das pessoas no nível de cuidado capaz de dar resposta a estas necessidades e, crescentemente, em determinados momentos da evolução da enfermidade, ele poderá estar em níveis de alta complexidade. Isto não exclui a observação de que a maior frequência de atendimentos continuará predominando nos níveis inferiores do sistema.

Raciocínio equivalente terá que ser desenvolvido quando da identificação dos "territórios" populacionais, das hierarquias locacionais dos serviços de saúde e do fluxo das pessoas em redes dinâmicas. Os recortes político-administrativos — que já se mostravam frágeis para que se lhes atribuísse um nível correspondente de responsabilidade sanitária, em função da diversidade de tamanhos e capacidades de estados e municípios — não mais se sustentam e menos ainda se sustentarão nos anos por vir. Os territórios com suas populações e suas ofertas de serviços de saúde e meios de transporte e comunicação serão crescentemente determinantes para o aumento da eficiência e efetividade dos cuidados prestados. As pessoas transitam continua e crescentemente em espaços contíguos a seus locais de residência (integração horizontal) onde os programas da chamada atenção básica, seja em suas modalidades tradicionais seja no modelo do programa de saúde da família exigirão interseções mais frequentes com os serviços sociais de apoio, associações comunitárias (além da intersetorialidade requerida para melhoria geral das condições de saúde) e um dinamismo e articulação maiores com as outras unidades e níveis de complexidade do sistema.

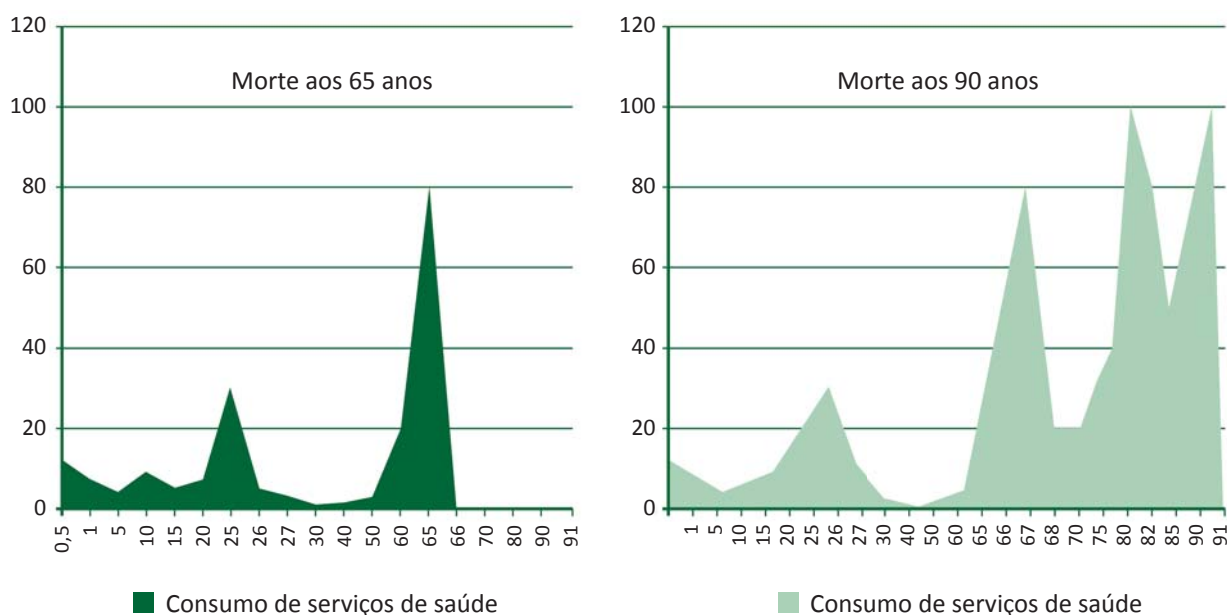
Nolte e Mckee (2008) coordenaram uma publicação para o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde especialmente dedicada aos cuidados das pessoas com condições crônicas. A Organização Mundial da Saúde estabeleceu como "condições crônicas" aquelas que "requerem cuidados continuados por um período de anos ou décadas", ultrapassando o conceito tradicional de doenças crônicas, como diabetes, asma ou insuficiência cardíaca, para incluir doenças transmissíveis para as

quais o avanço tecnológico transformou seu curso, como HIV-Aids, distúrbios mentais como esquizofrenia e incapacidades não classificáveis como doenças, como cegueira e problemas musculoesqueléticos (WHO, 2002).

O aumento da esperança de vida, sobretudo à medida que vão sendo superadas as mortes na infância, não se faz acompanhar de um aumento da idade modal de vida. Robine (2008), em trabalho sobre a evolução secular da mortalidade em adultos, examina a distribuição dos óbitos nos diferentes grupos etários, identificando a idade modal de morte (Gráfico 1). Este gráfico ilustra a relativa estabilidade dessa idade modal, que passa a era detectável na Suécia aos fins do Século XVIII, e na Suíça no Século XIX, que se situa em torno dos 75 anos. A curva do Japão para os anos 1950, logo após a Segunda Guerra, evidenciaria o que seria o fim da transição epidemiológica, situando a idade modal em tornos dos 80 anos, bastante próxima da atual em todos os países do mundo desenvolvido.

Gráfico 01. Distribuição da duração da vida de adultos. Dados empíricos de 1963–2004

Fries (1980) introduziu a ideia da "Compressão da Morbidade", sugerindo que o aumento da esperança de vida se faria acompanhar de um encurtamento da extensão da vida com morbidade. Ele acreditava que as mesmas forças que resultaram na diminuição da mortalidade estariam associadas a uma menor incidência de doenças crônicas e a um aumento da idade de início dessas doenças. Entretanto, inúmeros estudos desde meados dos anos 70 têm demonstrado que isso não ocorre

(CRIMMINS e BELTRÁN-SÁNCHEZ, 2011). O gráfico 2 apresenta de forma esquemática o consumo de serviços de saúde de uma pessoa que morre aos 65 anos, por infarto agudo do miocárdio, por exemplo, e da mesma pessoa que sobreviva ao infarto e venha a falecer de câncer aos 90 anos. A redução da mortalidade não se faz acompanhar necessariamente de uma redução da incidência, e aumenta o número de sobreviventes portadores de problemas de saúde que estarão sujeitos a ocorrência de problemas de saúde adicionais.

Gráfico 02.

Fonte: Elaboração própria.

A questão central a ser salientada para a adequada formulação de propostas assistenciais é que a queda da mortalidade de uma determinada condição clínica não se faz necessariamente acompanhar por uma redução na sua incidência, o que resulta num aumento da prevalência daquela condição. Este fenômeno pode ser observado no caso da doença isquêmica do coração, em cujos casos o número de sobreviventes aumentou consideravelmente. Esses sobreviventes, quase todos se encontram em tratamento medicamentoso e são submetidos a avaliações periódicas de suas coronárias. Aqueles que chegaram a apresentar um quadro de infarto foram submetidos a alguma forma de cuidado intensivo durante a fase aguda e uma boa parte foi levada a uma intervenção percutânea ou cirurgia de revascularização. Esses pacientes requereram, portanto, cuidados especializados prestados em centros especializados e, concluídos estes, voltarão ao seu médico de cuidados primários para o acompanhamento clínico permanente, com visitas periódicas para reavaliação a um nível secundário de atenção. Um coronariopata poderá se beneficiar de um programa

bem orientado de atividades físicas e aconselhamento nutricional, atividades que serão prestadas no seu entorno residencial ou profissional. Sobrevivendo em tratamento contínuo, estará sujeito, nos anos futuros, ao agravamento de suas disfuncionalidades musculoesqueléticas, acompanhadas de tratamentos adicionais, inclusive de fisioterapia. E em algum ponto futuro de sua vida, será acometido de outras condições, algumas delas tratáveis e que requererão acompanhamento adicional, por exemplo, um câncer de próstata, e outras não, que poderão obrigá-lo a se submeter a tratamentos caros e especializados com chances reduzidas de sobrevivência (p. ex., um câncer de cólon avançado).

O envelhecimento e a predominância de condições crônicas fazem com que em determinado momento do tempo para uma determinada população, todos os chamados níveis de assistência sejam acionados e nenhum deles poderia ser chamado de “resolutivo” no sentido clássico associado à ideia de cura. Outra consideração importante é que passa a ser necessária a intervenção de diferentes especialidades médicas e de outros profissionais de saúde nesses diferentes níveis. No nível primário, sobretudo, impõe-se, com frequência crescente, um extravasamento das fronteiras dos serviços de saúde para incluir serviços sociais e de apoio comunitário, por exemplo. Outras formas de cuidados em saúde, muitas delas largamente utilizadas nos países desenvolvidos, como assistência domiciliar, centros de cuidados prolongados e de cuidados paliativos, crescem em importância e sua utilização tem nada ou quase pouco avaliada e planejada no Brasil.

Algumas dimensões dos cuidados em saúde ganham importância extraordinária neste desenho: integração assistencial, continuidade, trabalho multiprofissional e colaborativo, comunicação adequada entre os diferentes agentes, educação dos pacientes e de suas famílias, organização dos serviços em redes dinâmicas, horizontais (no nível da comunidade e/ou das redes relacionais dos indivíduos) e vertical (entre os diferentes níveis e componentes do sistema de atenção) e coordenação assistencial.

O nível primário de cuidados passa a ter um papel primordial no processo de coordenação e integração do cuidado e não representa mais apenas a “porta de entrada” no sistema de saúde.

Para um país com as dimensões continentais e populacionais como as do Brasil, essas mudanças têm particular significado na modelagem das redes assistenciais. Para 2030 as estimativas apontam para uma população de 40,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos, das quais quase seis milhões com mais de 80 anos. Isso representa o dobro da população atual de idosos e quase duas vezes e meia a população de octogenários. Se hoje a população de menores de um ano é praticamente igual à de octogenários, em 2030, ela será mais do que o dobro.

O número de mortes por doenças infecciosas e parasitárias totalizou, em 2009, 47.010, correspondentes a 4,26% do total de óbitos. Se retirarmos os óbitos causados pelo HIV, num total de 12.134, a proporção se reduziria para 3,2%. Esses fatos ilustram que a quase totalidade dos óbitos no Brasil ocorre por condições que demandam cuidados prolongados e dispendiosos. O sucesso em medidas preventivas que adiem o aparecimento desses problemas só tenderá a aumentar a necessidade de prestação de cuidados às pessoas acometidas por eles.

Outro aspecto relevante é que a população idosa refere piores condições de saúde (Gráfico 3) e pouco frequentemente apresenta um problema isolado de saúde (Gráfico 4), consoante com o descrito na literatura mundial (WOLF et al, 2002). Com o aumento da faixa etária, aumenta também o número de doenças declaradas pelas pessoas. Até a faixa de 14 a 19 anos de idade, o percentual de pessoas que afirmaram ter três ou mais doenças era próximo de zero, para a faixa de 50 a 64 anos crescia para 17,1% e para aqueles com 65 anos ou mais, chegava a 28,3%. Ou seja, passaríamos de 6 milhões para 12 milhões. Para este último grupo etário, considerando apenas as mulheres, este percentual crescia para 33,3%. Entre as pessoas de 65 anos ou mais de idade, 20,9% não tinham nenhuma doença crônica.

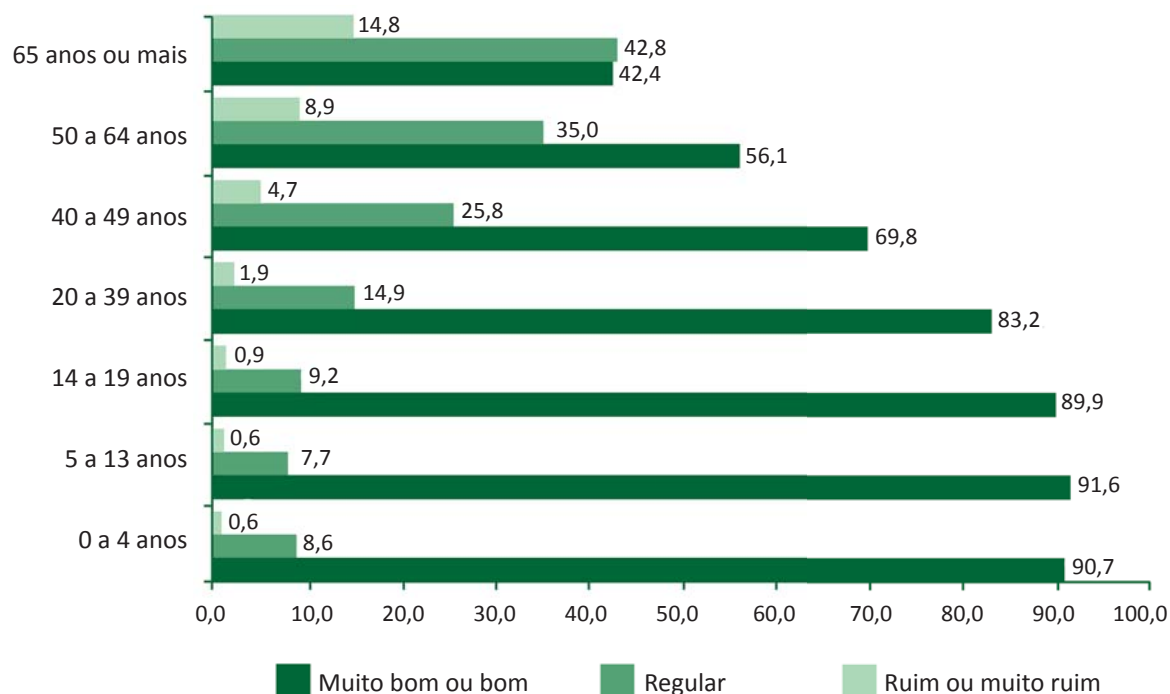
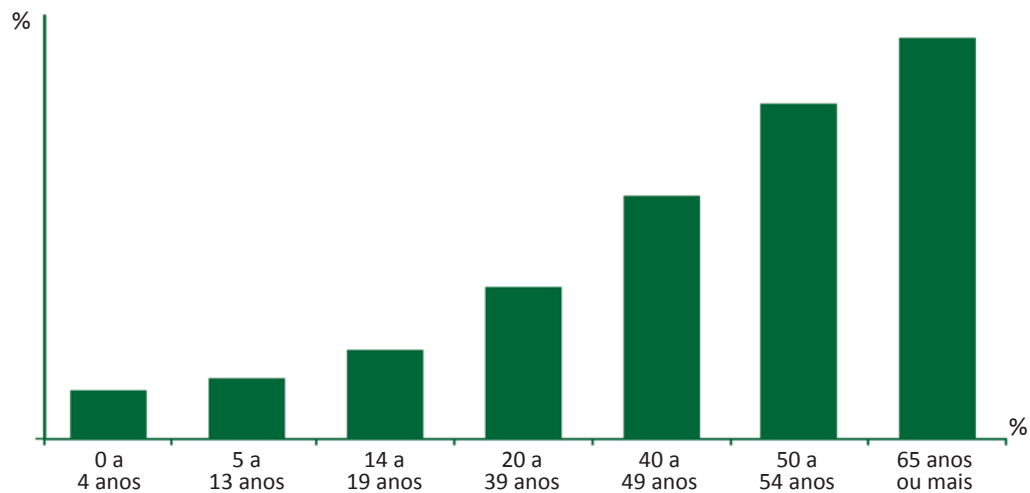
Gráfico 03. Distribuição da população residente, por grupos de idade, segundo a autoavaliação do estado de saúde — Brasil — 2008

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Domicílios 2008.

Gráfico 04. Percentual de pessoas, na população residente, com declaração de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, segundo os grupos de idade — Brasil — 2008

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

No que diz respeito às causas de internação, retiradas as internações por parto, cerca de oitenta por cento das internações decorrem de situações que requereram ou requererão cuidados continuados.

O impacto da mudança demográfica e epidemiológica se faz sentir de maneira significativa nos gastos atuais de operação do sistema de atenção à saúde. Em 2010, o Ministério da Saúde gastou quase 30 bilhões de reais para o atendimento ambulatorial e hospitalar (SIA+SIH). Supondo que ao longo dos próximos 20 anos não haverá mudança tecnológica significativa e que, em princípio, o atual perfil da oferta seria mantido, só para dar conta do crescimento populacional seria necessário um incremento de 3,4 bilhões de reais, a preços de 2010. A simples alteração do perfil demográfico, mesmo que sem alteração importante no perfil epidemiológico de cada grupo etário, elevará a necessidade de recursos adicionais para 7,8 bilhões de reais de 2010, apenas para esse componente do gasto federal, incompatível com a estimativa de elevação inercial dos recursos federais pela variação nominal do Produto Interno Bruto, como admitido pelo estudo de Piola e colaboradores (2012).

O reordenamento assistencial, de difícil implementação no setor público, em que há processos formais estabelecidos para regulação da atenção à saúde, torna-se ainda mais urgente no setor dos planos e seguros privados. Neste, o modelo de organização das prestações em saúde é aberto, com controles em sua maior parte de ordem financeira e por racionamento pela autorização prévia e auditoria *a posteriori*, com glosas. A demanda, apesar das listas de prestadores preferenciais, é aberta e desarticulada. A utilização de recursos auxiliares de diagnóstico e tratamento, da mesma forma. Como o setor é fortemente subsidiado por renúncias fiscais, rendimentos

indiretos não tributados e transferência dos custos adicionais da contratação dos planos coletivos ao consumidor dos produtos e serviços, a pressão para a manutenção e eventual crescimento desses mecanismos é estimulada por essa conformação aberta do sistema. Como uma importante fatia de prestadores de serviços é compartilhada pelo Sistema Único de Saúde (SU e pelos planos, o sistema gera pressões de gastos crescentes também pelo SUS. Isso acontece seja pela disponibilidade da oferta não regulada, seja pelos estímulos financeiros à multiplicação dos atos diagnósticos e terapêuticos, vantajosa para os prestadores dos serviços, mas não acompanhada de benefícios para os usuários do sistema.

Para a sustentabilidade do sistema, torna-se imperiosa a organização de redes assistenciais articuladas que deem conta da evolução do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, facilitando mecanismos que garantam a continuidade dos cuidados de saúde e reduzindo os incentivos perversos de duplicação de ações e estímulos aos desperdícios decorrentes de um parque assistencial desarticulado e competitivo.

3 | REDES DE ATENÇÃO: CONCEITO, PRINCÍPIOS DE ORGANIZAÇÃO E TECNOLOGIAS DE INTEGRAÇÃO DO CUIDADO

A partir da revisão da literatura setorial, é possível conceber as redes de atenção como sendo uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade do cuidado.

Shortell (1996) também define redes de atenção como um conjunto de organizações que provê atenção coordenada de uma série de serviços de saúde a uma determinada população, e que é responsável pelos custos e resultados de saúde dessa população, cujos objetivos devem melhorar a continuidade do cuidado através da coordenação e ganhos na eficiência global da provisão.

Mendes (2010) adiciona alguns elementos e conceitua redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde — prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada —, e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população[2].

2 O conceito de redes de atenção à saúde difere de uma série de arranjos setoriais comumente referidos como tal na prática cotidiana da política, tais como rede da mulher e da criança, redes de serviços de vigilância, rede de urgência e emergência, na medida em que essas são linhas de cuidado, ou seja, consistem em uma cadeia de serviços primários, secundários e terciários restritos especificamente às necessidades de grupos

Uma vez instituída, uma rede de atenção se apresenta como um conjunto articulado e interdependente de unidades de saúde com o objetivo de prover atenção integral e contínua de acordo com as necessidades de cada cidadão, a partir de uma combinação custo/efetiva de alocação de recursos. Em grande parte da literatura, o conceito de redes está estreitamente relacionado ao de cuidados integrados, sendo quase sinônimo desse.

A crescente difusão de práticas e tecnologias voltadas para a promoção do cuidado integrado tem impulsionado o refinamento conceitual com identificação de suas diversas dimensões e o desenvolvimento de práticas e tecnologias correspondentes.

Diversos são os formatos e denominações presentes na literatura, sendo esses os mais empregados: "sistemas integrados de serviços de saúde" (MENDES, 2000), "redes de atenção à saúde" (SILVA e MAGALHÃES, 2008), "organizações sanitárias integradas" (NAVARRETE, 2005), "sistemas de saúde clinicamente integrados" (HAM, 2007), "provisão integrada de serviços" (WHO, 2008) e "redes integradas de serviços de saúde" (OMS-OPAS, 2008).

Em geral, na literatura internacional, cuidados integrados têm sido definidos como o conjunto funcional de práticas de atenção, articulados em torno das necessidades de saúde de cada cidadão por meio da fixação da responsabilidade clínica em um profissional capaz de ter uma visão ampla do processo saúde/doença (SMITH e CLARK, 2006).

Essa responsabilidade é exercida por meio do conhecimento das causas e necessidades do usuário/cidadão, do planejamento das intervenções, da coordenação e orientação para o uso de tecnologias, práticas, medicamentos, etc., e da avaliação dos resultados, sempre de acordo com evidências clínicas e procurando compreender os possíveis determinantes psicossociais e socioeconômicos que agem sobre o cidadão/usuário.

Esse conjunto de práticas e tecnologias deve conter uma pauta diversificada de intervenções abrangendo a promoção, a prevenção, a cura, a reabilitação e os cuidados paliativos, quando necessários. Nesse sentido, a integração do cuidado envolve a transição adequada dos usuários/cidadãos entre profissionais/unidades de atenção com base em diagnósticos e planos de intervenção previamente estabelecidos e de resolubilidade comprovada.

---

populacionais específicos ou em sistemas que integram as funções de política nas três esferas de Estado. No caso dos arranjos de ações e serviços de saúde para grupos populacionais, esses são organizados a partir de diagnósticos e tratamentos padronizados em protocolos clínicos, os quais contêm os procedimentos oficialmente reconhecidos como mais eficazes e eficientes. Com base no estabelecimento desses procedimentos, são definidas unidades e serviços a serem percorridos pelo usuário, formando uma cadeia dentro do sistema de saúde voltada especificamente para o agravo ou grupo populacional alvo. No caso dos arranjos setoriais de política, a composição das estruturas está circunscrita às unidades de serviços setoriais e sua organização e gestão definidas em documentos normativos de abrangência nacional, como portarias.

Um dos aspectos essenciais destacados por diversos autores consiste na centralidade do usuário, o que requer uma nova concepção de cuidados integrados, na medida em que se considera a necessidade de lidar com uma população em processo de envelhecimento e com a predominância de doenças crônicas.

Cada sistema de saúde possui suas próprias características, sendo que as estratégias de integração do cuidado têm sido desenvolvidas para cada contexto nacional específico, podendo provocar equívocos quando transportados a outros contextos. Apesar disso, marcos gerais, formados a partir de princípios de orientação, são cada vez mais úteis, mesmo em contextos distintos.

Isso se deve ao fato de que a convergência dos processos de transição demográfica e epidemiológica tem produzido padrões semelhantes de morbimortalidade, o que exige cada vez mais cuidados contínuos e multiprofissionais, com coordenação flexível, caracterizada pelo acesso a tecnologias de diferentes especialidades a qualquer momento.

A análise da literatura aponta um conjunto amplo de princípios de organização para promover a integração do cuidado em rede, os quais resumem grande parte da produção relativa aos fundamentos conceituais e às diretrizes operacionais dos últimos 30 anos. Esse conjunto pode ser sintetizado em um núcleo com os seguintes princípios:

1. **Orientação para as necessidades de saúde:** o objetivo maior de todos os processos de estruturação e gestão do sistema de saúde consiste no bem-estar da população usuária, de forma que as estratégias de coordenação do cuidado devem considerar sempre os impactos efetivos sobre os níveis de saúde dos usuários. Sendo assim, é fundamental o domínio de informações detalhadas sobre o ambiente de inserção do usuário e de sua família, o que amplia a capacidade de planejamento de ações efetivas por parte do sistema de saúde. O conhecimento profundo da trajetória de vida e inserção familiar e socioeconômica e cultural permite ampliar a efetividade das ações de intervenção. O plano ou projeto terapêutico pode conter metas e indicadores, permitindo vincular de forma ascendente o planejamento e a responsabilidade micro e macrosanitária (OPAS-OMS; SILVA e MAGALHÃES, 2008; KODNER e SPREEUWENBER, 2002).

2. **Complexidade da abordagem:** doenças crônicas e a presença de comorbidades são cada vez mais frequentes, o que requer uma análise abrangente a partir de diferentes olhares. Diferentes disciplinas permitem abordar aspectos os mais variados possíveis sobre as manifestações do problema e explorar a possibilidade

de atuação de diversos fatores isolada e integradamente. A abordagem complexa considera a possibilidade de múltiplas causas de adoecimento provenientes de diferentes dimensões como a biológica, a psicossocial, a socioeconômica, a cultura, etc. Múltiplos determinantes podem, inclusive, atuar por meio de combinações diferentes em um mesmo contexto, o que requer um olhar de especificidade e singularidade que realmente deve tomar o cidadão com centro do cuidado (SMITH e CLARK, 2006; MENDES, 2010; OPS-OMS, 2008).

3. **Multidisciplinaridade da intervenção:** a ação de diversas habilidades e conhecimentos permite construir ângulos diferenciados do problema e desenvolver soluções adequadas para atacar causas diversas e suas interações ao mesmo tempo. Isso permite construir bases mais sólidas de recuperação concreta e ampliar a qualidade vida do usuário/cidadão. O aporte de habilidades e conhecimentos diferenciadas para atacar um problema de saúde fortalece ainda o princípio de foco no cidadão, na medida em que permite abordar cada caso de forma singular por meio de combinações variada de práticas e tecnologias (SMITH e CLARK, 2006; CONTANDRIOPOULOS, 2003).

4. **Longitudinalidade do cuidado:** a integração do cuidado pressupõe contatos prolongados entre profissionais e a população de referência por diversas formas de vínculo e acompanhamento, diversificando formas de abordagens. A longitudinalidade do cuidado ocorre a partir da coordenação de diversas práticas e tecnologias ofertadas em espaços diferentes em um todo de forma a compor uma ação coerente e efetiva sem perder de foco a condição do usuário em cada momento. A longitudinalidade também pressupõe funcionalidade, pois a efetividade da ação somente ocorre se a articulação das interfaces de intervenção se der em espaços adequados e nos momentos necessários (OMS/OPAS, 2008; SILVA e MAGALHÃES, 2008; GIOVANELLA, 2006).

5. **Interdependência e Compartilhamento de análise clínica:** uma organização integrada em rede surge quando as organizações componentes compreendem que o trabalho isolado não é suficiente para a resolução dos problemas, e se constrói a partir de uma visão de complementaridade quanto aos interesses e os recursos de cada um dos atores e organizações envolvidos. A percepção de que a complementaridade permite um potencial resolutivo maior do que o trabalho isolado impulsiona a busca

pelo aprofundamento das relações de interdependência. Essa adquire maior intensidade à medida que se amplia o intercâmbio de recursos e de habilidades e conhecimentos clínicos para a consecução de objetivos comuns, como forma de dar sustentabilidade às ações desenvolvidas de forma conjunta no cumprimento de metas planejadas. O compartilhamento de recursos em uma organização integrada em rede envolve, ainda, a definição de suas formas de alocação como condição essencial para a obtenção dos objetivos planejados coletivamente pelos profissionais. Isso porque tais formas de alocação são alinhadas com as estratégias e as linhas de ação definidas para cada organização (unidade básica, clínica especializada, hospital, para citar alguns) (SMITH e CLARK, 2006; KODNER e SPREEUWENBER, 2002; CONTANDRIOPOULOS, 2003).

6. **Corresponsabilização clínica:** a articulação de habilidades e conhecimentos para o diagnóstico e a multidisciplinaridade de intervenções somente é possível mediante a presença de um lócus de coordenação do cuidado que assume a responsabilidade pelos resultados. O conceito de corresponsabilização clínica em redes de atenção articula as noções de responsabilidade geral com responsabilidade específica. A primeira é exercida pelo gestor do caso, em sua maioria, um profissional da atenção primária, e a segunda por profissionais em outros pontos de atenção sob demanda do gestor do caso, de acordo com o plano terapêutico. Assim, a responsabilidade específica garante a eficácia em momentos de cuidados especializados, exercendo decisões em zonas de menor domínio da atenção primária, o que é fundamental em tempos de elevada velocidade de avanço no conhecimento médico. A corresponsabilização clínica deve ter como foco o cidadão/usuário, o que permite orientar as decisões para a busca de maior custo/efetividade (SMITH e CLARK, 2006; CONTANDRIOPOULOS, 2003);

7. **Territorialização:** a construção de planos terapêuticos deve levar em conta a configuração das relações de interdependência sócioeconômica, cultural e sanitária onde se insere uma determinada população. A complexidade de abordagem clínica busca suas possíveis respostas na realidade regional historicamente construída e expressa em indicadores atualizados de natureza demográfica, socioeconômica, política, epidemiológica e sanitária, ou seja, espaços-população determinados (BARRENECHEA, URIBE e CHORNY, 1990). Tais informações e indicadores deverão

estar organizados e articulados em modelos que estabeleçam relações causais capazes de orientar e fundamentar projetos terapêuticos de maior eficácia. A partir do conhecimento das características fundamentais de cada espaço-população torna-se possível compreender o ambiente social e geográfico onde estão inseridos os indivíduos e suas famílias, cujo bem-estar consiste no objetivo maior de todo sistema de saúde. Assim, o processo, as estratégias e instrumentos utilizados na territorialização devem permitir compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença específicos daquele espaço-população. Essa compreensão deve ser a base da definição dos fundamentos do modelo de atenção mais adequado à população, permitindo a identificação dos perfis populacionais em termos de situação de saúde e a projeção de soluções adequadas a cada um deles. A territorialização da política de saúde pode compreender ainda, sempre que se verificar necessário, o referenciamento espacial (georeferencimento) das estruturas de provisão (unidades de saúde), das informações, indicadores, relações, fluxos, estruturas físicas (transporte, comunicação, energia, serviços, produção, lazer, etc.) e dos equipamentos sociais (escolas, centros de referência da assistência social, tribunais de justiça, etc.) considerados relevantes para o sistema de saúde (OPAS/OMS, 2008; SILVA, 2008).

8. **Intersetorialidade:** para ser eficiente no marco de transição epidemiológica, a integração do cuidado parte do reconhecimento da interdependência entre cuidados médicos e cuidados sociais e a necessidade de romper com barreiras conceituais, formais e operacionais entre programas verticais e políticas setoriais (LLOYD e WAIT, 2005). A intersetorialidade representa a articulação de cuidados médicos com cuidados sociais desenvolvidos por outras políticas públicas, partindo de uma concepção ampliada de saúde que considere o acesso articulado e adequado a outros serviços e benefícios sociais como condição de cidadania. A saúde como manifestação de bem-estar social envolve uma série de elementos objetivos e subjetivos que resulta de vários aspectos da inserção social de um cidadão, cuja qualidade requer a ação simultânea de uma série de políticas que são parte dos direitos sociais definidos na Constituição. A intersetorialidade pressupõe a articulação, mediada pelo modelo de atenção, das ações de saúde com as de educação, previdência, assistência social, habitação, saneamento, meio ambiente, emprego e renda, justiça,

segurança pública, entre outras (KODNER e SPREEUWENBER, 2002; OPAS/OMS, 2008; SILVA, 2008).

9. Eficiência Econômica: a integração do cuidado, ao proporcionar o conjunto de cuidados certos para cada cidadão, leva em conta formatos específicos que ampliam a racionalidade no emprego de recursos, tendo como meta evitar a realização de procedimentos e exames desnecessários e a duplicação dos já realizados, tornar mais precisa a realização de novos investimentos (local e escopo de unidades e infraestrutura) e reduzir os custos de transação e produção tanto dos serviços de natureza finalística quanto das atividades-meio. Ampliar a integração reduz a quantidade e o tempo das internações hospitalares, amplia a produtividade do trabalho dos profissionais e unidades de saúde, reduz o tempo de atendimento e o desgaste de equipamentos e infraestrutura, etc. (NORONHA, et al, 2003; CESCONETTO, LAPA e CALVO, 2008). A integração do cuidado pressupõe o emprego de critérios de escala e escopo, a responsabilização por custos e sustentabilidade financeiro-econômica do sistema de saúde (SMITH e CLARK, 2006; MENDES, 2010).

10. Melhoria Contínua da Qualidade: a integração também pressupõe a definição mais precisa do papel e do escopo de responsabilidade de profissionais e unidades de saúde, proporcionando o atendimento certo, na qualidade certa, de acordo com as especificidades de cada usuário. Os formatos de integração do cuidado se orientam pela obtenção de padrões de eficácia cada vez mais elevados no tratamento de doenças crônicas, agravos de longo prazo e de elevada complexidade (MENDES, 2007). A colocação do usuário no centro dos arranjos de cuidado, com planos terapêuticos bem ajustados às necessidades de cada cidadão, permite o acompanhamento dos impactos dos diversos cuidados aportados no tratamento e a construção de mecanismos de avaliação de desempenho em diversos âmbitos de maneira conjunta (profissional, equipe, unidade, institucional, etc.). Da mesma forma, parâmetros e padrões de eficácia e eficiência das ações de saúde, instrumentos de monitoramento e avaliação dos serviços, mecanismos concretos de definição de metas pactuadas (contratos de gestão, públicos ou privados), assim como práticas de certificação de qualidade têm sido apontados como essenciais nos processos de integração do cuidado (KODNER e SPREEUWENBER, 2002; SMITH e CLARK, 2006).

O Quadro 1 apresenta síntese dos princípios de organização de redes de atenção e um conjunto de tecnologias e estratégias sugeridas com maior ênfase pela literatura para promover a integração do cuidado.

Quadro 01. Princípios de Organização e Tecnologias de Integração do Cuidado

Fundamentos	Tecnologias e Estratégias
Orientação para as necessidades de saúde Complexidade da abordagem Multidisciplinaridade da intervenção Longitudinalidade do cuidado Interdependência e Compartilhamento de análise clínica Responsabilização clínica Territorialização Intersetorialidade Eficiência Econômica Melhoria contínua da qualidade	Planos de cuidado (projetos terapêuticos individuais e familiares) Cartão do usuário Gerenciamento de Doenças Prontuários eletrônicos Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico Equipes multiprofissionais Linhas de cuidado Complexos de Regulação Colaboração entre unidades (integração horizontal e/ou vertical) Metodologias de classificação de risco Apoio matricial e equipes de referência Sistemas de apoio logísticos Telecuidado, telesaúde e telemedicina Sistemas de Integrados de Informação Primazia da atenção primária Sistemas de transporte em saúde Sistema de suporte à decisão clínica Roteiros de diagnóstico de situação de saúde Articulação com outras políticas públicas Sistemas de apoio logístico Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas Práticas de certificação de qualidade Dispositivos de segurança do paciente

Fonte: elaboração própria

É importante ressaltar que o emprego dessas tecnologias pode estar vinculado à promoção de um ou mais dos princípios de organização de redes de atenção, motivo pelo qual não se vinculou diretamente cada uma das tecnologias ao princípio correspondente no Quadro 1.

A funcionalidade de cada uma dessas tecnologias possui relação com o tipo de estratégia específica de integração enfatizada (integração horizontal, integração vertical, integração funcional, profissional, clínica, etc.).

Da mesma forma, algumas tecnologias são mais apropriadas para promover a integração no âmbito de equipes e/ou de unidades de saúde, enquanto outras são importantes na articulação entre unidades de saúde e níveis de atenção. Algumas também podem ser úteis para articular o microtrabalho e o macrotrabalho, construindo a integração desde a ação do profissional e do sistema de saúde.

Finalmente, é importante enfatizar que a construção de planos de cuidado e o emprego de demais tecnologias de integração devem ser fundamentados na definição de um modelo de atenção como base de organização do trabalho coletivo em rede[3].

Há expressivas diferenças entre as políticas e os sistema de saúde entre os países, embora alguns paradigmas similares tenham orientado a construção e as reformas subsequentes em diversos contextos. É extremamente relevante compreender que, apesar da busca por maior integração por meio de redes de atenção ter sido um ideal amplamente difundido e valorizado em todos os países, as estratégias concretas não ignoram as diferenças de trajetória e configuração de valores maiores da política de saúde (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Assim, a valorização das estratégias de integração do cuidado se verifica em sistemas de saúde tanto universais, quanto de seguro social ou de mercado, mas os objetivos finais são diferentes e estão relacionados ao padrão de cidadania de cada sociedade (FLEURY, 1994).

Há inúmeras experiências documentadas de intercâmbio de habilidades e conhecimentos, de práticas e tecnologias entre países com formatos distintos de sistemas de saúde, com diferentes graus de adaptação e sucesso. Entretanto, há certo consenso em torno de que, independentemente da configuração institucional do sistema de saúde, a formação de estratégias nacionais deliberadas é um elemento

---

3 Um modelo de atenção à saúde, segundo PAIM consiste em: “(...) uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos. Corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde. Incorpora uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo de intervenção em saúde)” (PAIM,2001, p.7-8).

essencial para se obter a integração do cuidado (MUR-VEEMAN, VAN RAAK e PAULUS, 2008).

De forma geral, as estratégias operacionais de construção de redes de atenção (OPAS, 2007; SILVA, 2008; MENDES, 2010) fornecem subsídios para organizar os sistemas de saúde a partir de sete diretrizes organizacionais principais:

1. Definição de uma população vinculada a um território e conhecimento de suas características socioeconômicas e culturais, necessidades de saúde e tendências do padrão demográfico e epidemiológico. Essa população deverá estar adscrita a equipes de atenção primária e monitorada periodicamente, especialmente os cidadãos pertencentes a grupos de maior risco de adoecimento.

2. Projeção de um cenário desejado (imagem-objetivo) em termos de configuração da estrutura de ações e serviços de saúde com base nos critérios de necessidades de saúde e eficiência econômica e eficácia sanitária.

3. Estabelecimento de um primeiro nível de atenção como porta de entrada para exercer a coordenação do cuidado e atuar com capacidade resolutiva para parte significa dos problemas de saúde mais comuns. A atenção primária deve atuar como interface de conexão junto aos cidadãos e famílias, colocando-os no centro do sistema ao garantir a longitudinalidade do cuidado.

4. Definição de um conjunto diversificado de serviços de saúde disponíveis à população, abrangendo ações de saúde pública, prevenção, promoção, cura, reabilitação e cuidados paliativos.

5. Provisão de ações e serviços especializados em consonância com os projetos terapêuticos individualizados, sob demanda da atenção primária e de preferência em unidades ambulatoriais.

6. Aporte de ações e cuidados sociais em consonância com a abordagem de determinantes sociais da saúde e sempre que houver comprovação de sua maior eficácia clínica.

7. Organização de estruturas de suporte à atividade clínica abrangendo sistemas de apoio diagnóstico, de compartilhamento informatizado de informações clínicas, assistência farmacêutica, transporte sanitário, prontuário eletrônico, identificação do usuário, etc. Essas estruturas desempenham tanto a função de fornecer subsídios ao diagnóstico quanto de aportar elementos ao longo do tratamento.

Essas diretrizes se referem somente à organização da atenção à saúde, ou seja, ao processo de integração do cuidado propriamente dito. Os diversos documentos consultados assinalam ainda a relevância de mecanismos de unificação da gestão (gestão de pessoas, alocação orçamentária e financeira, regulação jurídica, etc.) e da governança política (formulação de políticas, definição de estratégias, tomada de decisão, etc.).

No caso do SUS, a aplicação das diretrizes de organização de redes de atenção deve ser orientada por cinco outros fundamentos que definem a gestão e a governança do sistema: o caráter unificado da seguridade social, os princípios constitucionais (universalidade, integralidade e equidade), a responsabilização territorial, o comando público governamental e a governança federativa (relações intergovernamentais).

A seguir abordamos os principais desafios presentes atualmente no SUS para a construção de redes de atenção à saúde com base nas diretrizes acima assinaladas. Os aspectos relacionados aos desafios da gestão e da governança política não serão abordados nesse texto.

3.1 | As Redes de Atenção no Brasil

No caso brasileiro, grande parte dos fatores que motivam a busca por maior integração no contexto internacional tem se intensificado na última década, ampliando o desafio de construção de um sistema de saúde fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade tal como proposto na Constituição de 1988, em um país de expressiva extensão territorial e elevado nível de desigualdade socioeconômica.

Em termos de organização dos serviços de saúde, tanto na provisão ambulatorial quanto na hospitalar, é possível visualizar três grandes conjuntos de ações e serviços institucionalmente reunidos sob o SUS, porém com baixa articulação gerencial e coordenação clínica: a atenção básica, formada pelo programa de agentes comunitários de saúde, a estratégia da família e as unidades básicas e ambulatórios hospitalares; a média complexidade formada por unidades ambulatoriais e hospitalares especializadas públicas e privadas; e as redes de alta complexidade de referência nacional em várias especialidades médicas (cardiologia, neurologia, oncologia, nefrologia, oftalmologia, entre outras).

De forma geral, esses três subsistemas de provisão correspondem a configurações específicas de estruturas de oferta (*mix* público privado), densidade tecnológica dos fatores de produção, responsabilidade territorial, formas de acesso e alocação de recursos financeiros e modalidades de pagamento a unidades prestadoras.

Em cada um desses três grandes conjuntos, a distribuição territorial da oferta possui uma configuração específica, mas compartilha características como a expressiva concentração nas capitais de estado e a significativa desigualdade ao longo do território nacional. Desde as primeiras décadas do século XX, quando o país iniciou seu processo de industrialização, dois fatores têm sido responsáveis por gerar impulsos que têm formado esse padrão de distribuição.

A opção por um modelo de industrialização fundamentado na expansão a partir dos núcleos urbanos já avançados em virtude da expansão da economia cafeeira gerou uma estrutura socioeconômica dual, onde convivem um setor econômico moderno de renda elevada e outro atrasado e, portanto, de renda baixa. Como consequência, os fatores de produção necessários à produção de serviços de saúde (profissionais, tecnologias, insumos e equipamentos) tenderam sempre a estar reunidos nos núcleos mais dinâmicos da economia, em geral grandes centros urbanos (FURTADO, 1961; TAVARES, 1972; OLIVEIRA, 1981).

Por outro lado, o padrão de proteção social adotado desde a década de 1920 até a Constituição de 1988 se orientou por uma concepção regulada da cidadania, onde apenas os trabalhadores inseridos no mercado formal com capacidade de contribuição financeira estavam aptos ao acesso e utilização de serviços de saúde (FLEURY, 1994).

Esses dois fatores somados produziram estímulos de oferta e demanda por serviços de saúde em direção a um modelo caracterizado pela assimetria de distribuição e acesso, com a localização de unidades especializadas apenas em regiões e cidades com maior dinamismo econômico e nível de renda[4]. Assim, as principais redes de ações e serviços de saúde estão disponíveis nas capitais dos estados brasileiros, sendo que alguns serviços que exigem maior nível de especialização profissional, equipamentos mais complexos e insumos mais caros, estão localizados apenas em algumas capitais.

Como resultado dos constantes estímulos à concentração registrados ao longo de toda trajetória do sistema de saúde, a distribuição territorial dos serviços de saúde não apresenta configuração adequada para proporcionar acesso geográfico fácil em consonância com os princípios de universalidade, equidade e integralidade.

A assimetria de oferta possui expressão em diversas esferas de organização do território, havendo desigualdades no interior um mesmo município, entre os municípios e entre os estados da federação. Em geral, há lacunas na oferta em

---

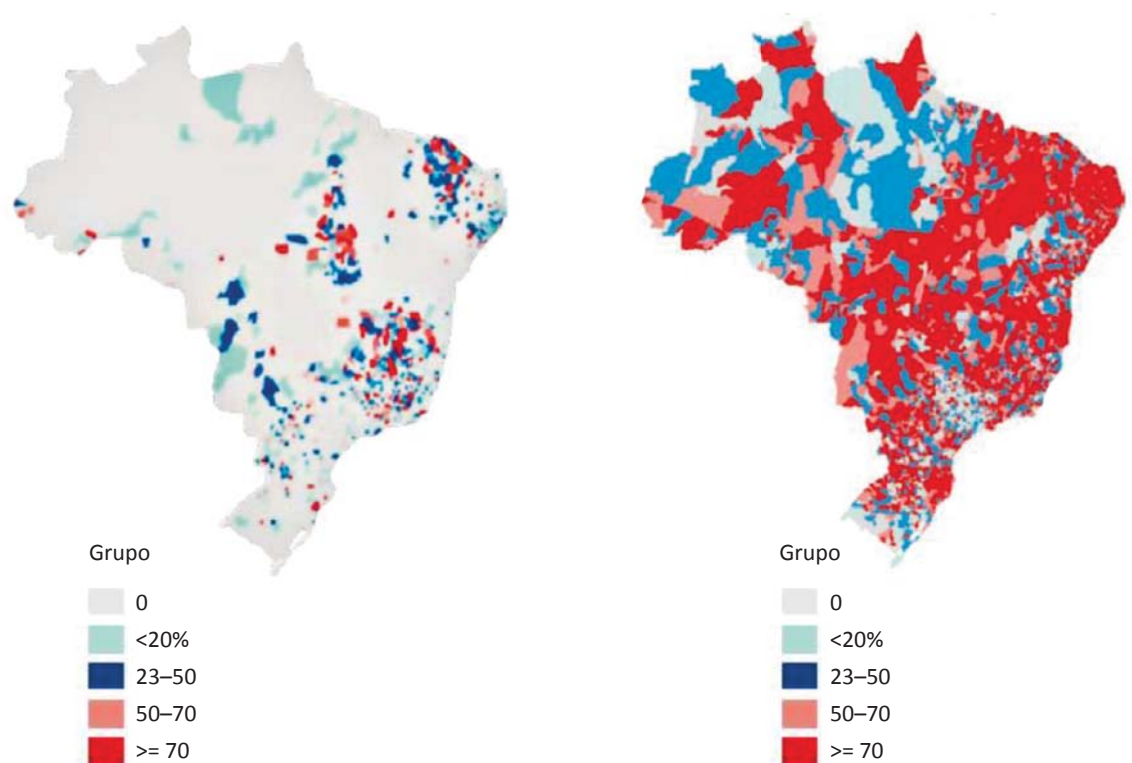
4 É importante, ainda, ressaltar que em diversos momentos da trajetória da política de saúde, o Estado tem aportado estímulos econômicos e fiscais no sentido de fomentar a expansão do setor privado que, tradicionalmente, tende a concentrar ainda mais a oferta de serviços de saúde em torno de grupos socioeconômicos e áreas geográficas específicas. Esses estímulos têm sido concedidos tanto pelo lado da oferta, na forma de crédito e subsídios à produção, quanto pela demanda em modalidades como a de renúncia fiscal.

municípios ou estados de expressiva demanda que apenas podem ser cobertas pelo referenciamento para outras regiões do país.

Essa característica estrutural da oferta se manifesta com maior expressão na média na alta complexidade, em virtude da presença mais intensa do componente tecnológico. Na atenção básica, os estudos de monitoramento da expansão da Estratégia da Saúde da Família realizados pelo Ministério da Saúde têm demonstrado que, apesar da expansão significativa da oferta, a cobertura ainda não é uniforme ao longo do território nacional.

A comparação entre os mapas de distribuição territorial para os anos de 1998 e 2006 mostra que, mesmo em um curto período de tempo, houve considerável expansão em direção a extratos de cobertura mais elevados, especialmente os acima de 70%.

Entretanto, como essa expansão não tem sido uniforme, observam-se diferenças de cobertura entre as regiões do país, como pode ser observado na Figura 1.

Figura 01. Evolução da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família — ESF por estrato percentual de cobertura populacional — 1998/2006

Fonte: Ministério da Saúde (2008)

Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, houve maior evolução com os índices de cobertura passando de 9,31% e 10,21% a 67,20% e 44,70%, respectivamente. Nessas duas regiões, o percentual de municípios com cobertura igual ou maior que 70% evoluiu de índices baixos da ordem de 3,64% e 0,9% para os patamares elevados de 79,36% e 75,11%, respectivamente.

Nas regiões Sul e Norte, a expansão também registrou ritmos elevados indo de 5,07% e 4,82% a 44,62% e 41,85%, com o percentual de municípios que apresentam cobertura igual ou acima de 70% passando de 2,42% e 4,9% para 64,9% e 47,44%, respectivamente. Na região Sudeste, a expansão foi um pouco menor indo de 4,94% a 34,03%, e o percentual de municípios que apresentam cobertura igual ou acima de 70% cresceu de 9% a 52,9%.

Na média e na alta complexidade, diversos estudos têm mostrado a presença de expressivas assimetrias de oferta, com destaque para os que privilegiam o mapeamento de fluxos de referenciamento para serviços de maior complexidade[5].

Oliveira, Carvalho e Travassos (2004) analisaram a estrutura espacial dos fluxos intermunicipais de internação na atenção hospitalar básica e na atenção hospitalar de alta complexidade para cardiologia e nefrologia referente ao ano 2000[6]. A análise da configuração territorial da oferta de atenção hospitalar básica para a população com 5 ou mais anos de idade revelou que São Paulo, Recife e Porto Alegre são as maiores redes de serviços de saúde do SUS, como pode ser visto na Figura 2 (esquerda), que apresenta o mapa com os três primeiros níveis das maiores redes do país[7].

A rede de Porto Alegre possui cinco níveis hierárquicos e abrange 466 municípios, sendo 73 as redes de segundo nível e Caxias do Sul, Passo Fundo e Pelotas as maiores. A abrangência da rede se confunde com a delimitação territorial do Estado do Rio Grande do Sul (apenas um município é de Santa Catarina).

A rede de Recife possui sete níveis hierárquicos com uma área de abrangência maior do que a rede comandada por Porto Alegre, composta pelos estados

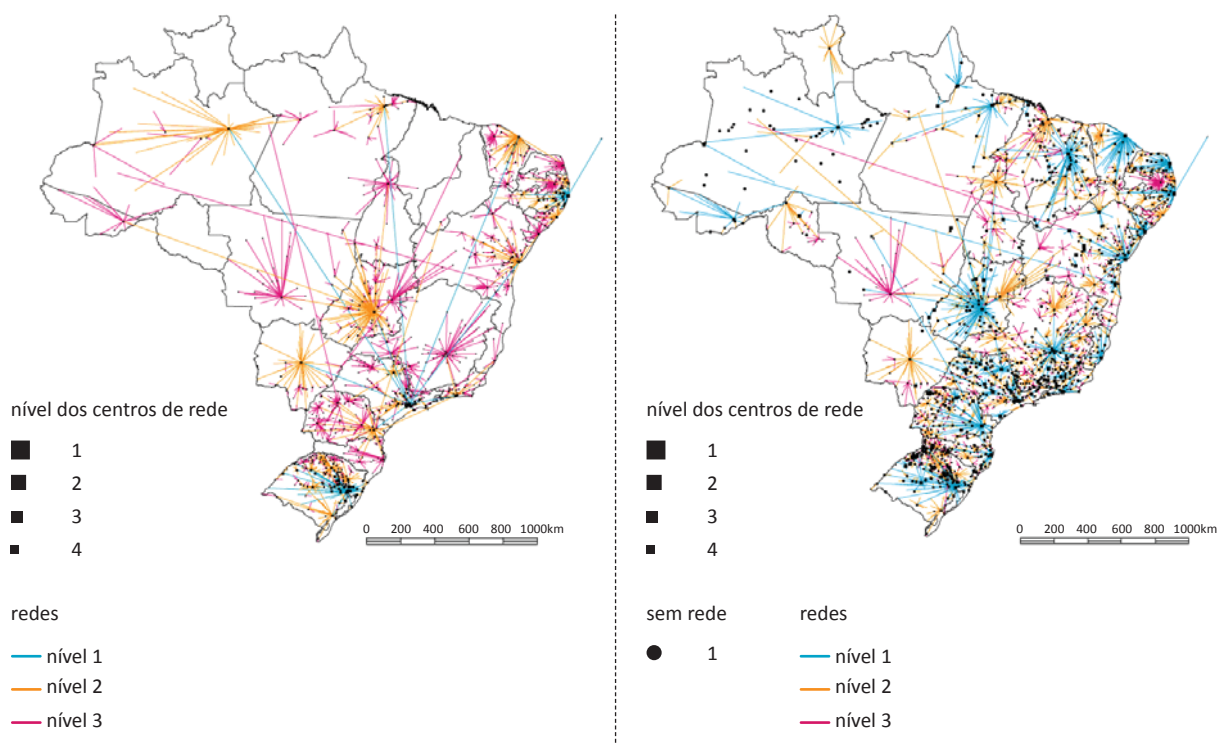
---

5 Nesse texto, para a análise da média e alta complexidade foram privilegiadas as distribuições territoriais da oferta de atenção hospitalar básica, de cirurgia cardíaca, de neurocirurgia, de cirurgia de mama e de procedimentos ambulatórias de quimioterapia e radioterapia. Essas modalidades não cobrem toda a atenção de média e alta complexidade, mas, em virtude de sua relevância e custo, representam parte expressiva do orçamento do SUS.

6 Para o estudo da atenção hospitalar básica, os autores selecionaram, para ambos os estratos populacionais abordados, os procedimentos com de peso proporcional igual ou maior a 0,5% da oferta total de AIH para o ano 2000. O conjunto de procedimentos selecionados representou aproximadamente 62,7% da oferta nacional de procedimentos hospitalares relativa à população com menos de 5 anos de idade e 84,9% da oferta para a população com 5 anos ou mais de idade. A intensidade dos fluxos foi dimensionada pelo valor total das AIH, e os municípios foram classificados em quatro níveis hierárquicos de acordo com o grau de independência em relação aos demais municípios.

7 O estudo relevou que há 12 redes de nível 1, ou seja, encabeçadas por municípios sem fluxos para cidades maiores. Sete municípios não enviaram pacientes para fora do seu território, caracterizando independência e duas redes são muito pequenas: uma em Rio Crespo (Rondônia) e Ponta Branca (Mato Grosso).

de Pernambuco, Paraíba e Alagoas, abarcando um total de 486 municípios, dos quais 42 municípios comandam redes de segundo nível, com destaque para as redes cujas referências são os municípios de João Pessoa e Maceió.

Figura 02. Redes de Atenção Hospitalar Básica (população com 5 e mais anos de idade e crianças de até 5 anos de idade, respectivamente)

Fonte: Oliveira, Carvalho e Travassos (2004).

A Rede de São Paulo, a maior do país, é bem mais complexa e envolve nove níveis de hierarquia, distribuídos em três grandes blocos de redes de segundo nível: os municípios da região metropolitana de São Paulo, os municípios do interior do estado e diversas outras capitais de estado.

A rede abrange 4.543 municípios ao longo de praticamente todo o território nacional, com destaque para as redes de segundo nível de Goiânia, Rio de Janeiro, Curitiba, Salvador e Ribeirão Preto, que juntas cobrem 76,3% dos municípios inseridos na rede maior de 1º nível. Os autores ressaltam ainda que os centros de redes de nível 3 vinculados às redes de Fortaleza, (Ceará), Campo Grande (Mato Grosso do Sul), Ribeirão Preto (São Paulo), Manaus (Amazonas) e Santos (São Paulo) não possuem, em sua maioria, ramificações.

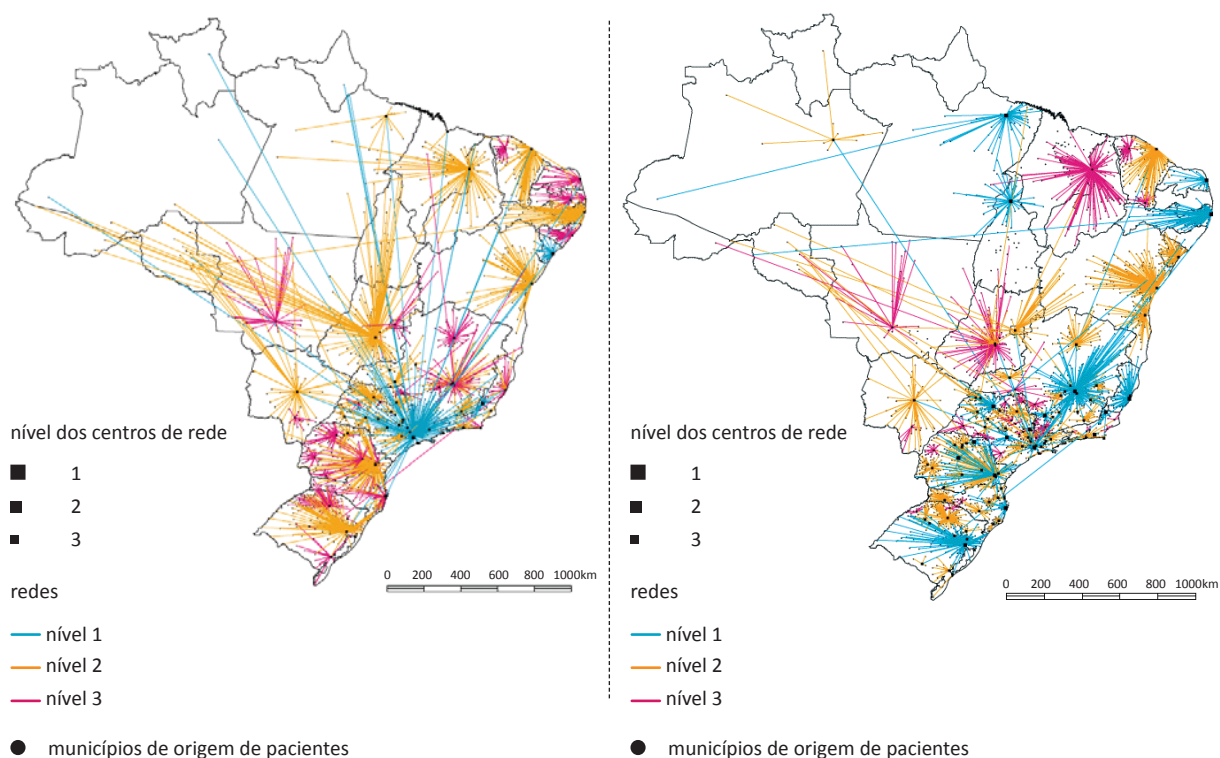
As três grandes redes se caracterizam pela predominância de fluxos de natureza transversal ascendente, revelando a predominância de fluxos entre os níveis intermediários da rede, o que indica uma disposição para a cooperação regional no interior das redes.

Por outro lado, o padrão de distribuição territorial da atenção hospitalar para a população com menos de 5 anos de idade releva uma configuração menos concentrada. Foram identificadas 216 redes de nível 1, sendo que as vinte maiores, em sua grande maioria capitais de estado, respondem por 85% do total de municípios brasileiros e 90% da população. As maiores redes são comandadas por Goiânia, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre que cobrem quase 50% do total de municípios do país.

A rede de Goiânia está estruturada em 7 níveis e cobre municípios dos estados de Goiás, Mato Grosso, Rondônia, Pará, Tocantins, Maranhão, Bahia e Minas Gerais. No segundo nível estão 106 redes, sendo as mais importantes as com sede em Brasília, Araguaína e Palmas. A rede Belo Horizonte é a segunda maior abrangendo municípios dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo com 58 núcleos de nível 2, sendo os de Montes Claros, Teófilo Otoni e Governador Valadares os de maior expressão.

A rede de Recife abrange, em sua maioria, os municípios de Pernambuco, Paraíba e Alagoas, além de alguns municípios dos estados da Bahia e do Rio Grande do Norte. São 52 centros de nível 2, sendo as de João Pessoa e Maceió as de maior expressão. Por sua vez, a rede com centro em Porto Alegre tem 74 núcleos de nível 2, cobrindo o estado do Rio Grande do Sul e alguns municípios de Santa Catarina.

A distribuição da oferta atenção hospitalar de alta complexidade é mais concentrada, seguindo uma configuração próxima à da atenção hospitalar básica para a população com 5 ou mais anos de idade, especialmente para a cirurgia cardíaca, como pode ser visto na Figura 3.

Figura 03. Redes de Atenção Hospitalar de Alta Complexidade (cirurgia cardíaca e neurocirurgia)

Fonte: Oliveira, Carvalho e Travassos (2004)

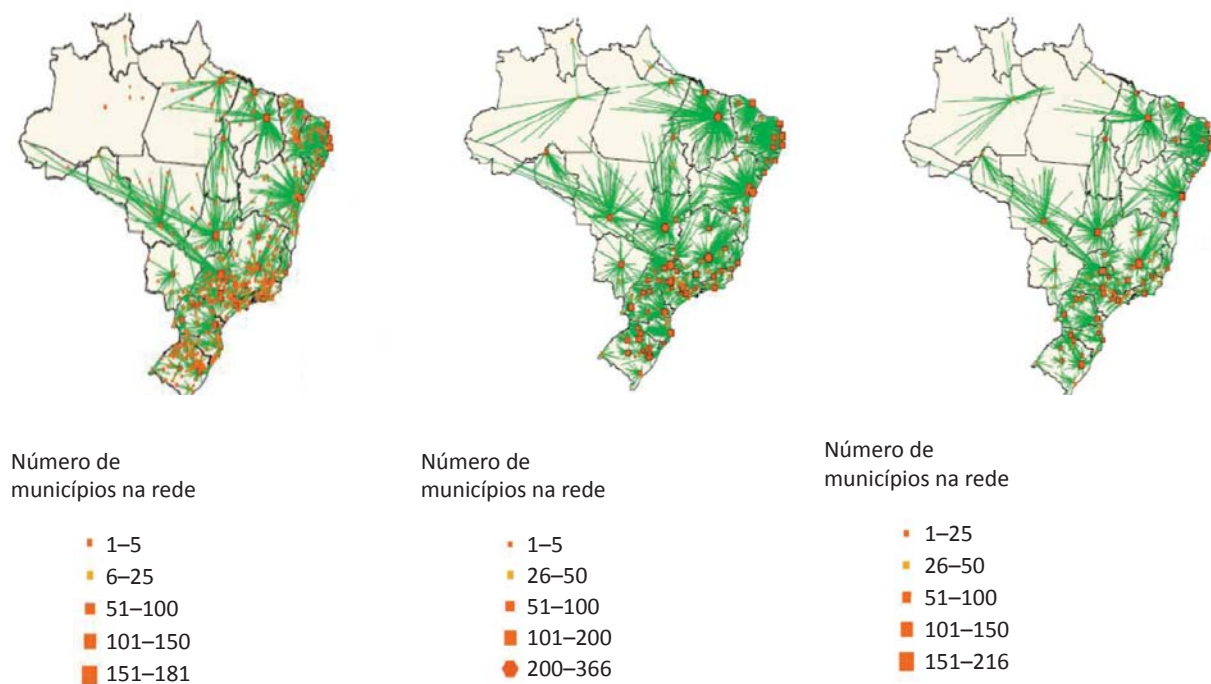
A distribuição da oferta de cirurgia cardíaca está organizada a partir de três núcleos principais de nível 1. As redes comandadas por Itaperuna (Rio de Janeiro) e Aracajú (Sergipe) possuem características estruturais semelhantes, uma vez que ambas apresentam abrangência regional restrita e não possuem sub-redes. A rede de Itaperuna abrange municípios dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo e recebeu encaminhamentos de 27 municípios, enquanto a rede com centro em Aracajú cobriu 39 municípios, praticamente todos do estado de Sergipe.

A terceira e maior rede de oferta de cirurgia cardíaca é a com sede em São Paulo, que cobre os fluxos de referenciamento provenientes de 2.437 municípios e está organizada a partir de 272 núcleos de nível 2 representados por centros regionais do Estado de São Paulo e capitais dos demais estados. Os núcleos de nível 2 cobrem em geral a demanda dos respectivos estados, com exceção das redes de Goiânia (Goiás) e Campo Grande (Mato Grosso do Sul), que recebem fluxos de outros estados.

A oferta de neurocirurgia possui uma distribuição espacial menos concentrada, organizada a partir de 18 redes de tamanho variado distribuídas em todo o território nacional. Os principais centros de referenciamento são Florianópolis, Recife,

Porto Alegre, Belo Horizonte e, especialmente, São Paulo, que cobre 1.435 municípios por meio de 55 centros de nível 2, entre eles Goiânia (Goiás), Campo Grande (Mato Grosso do Sul), Brasília (Distrito Federal), Londrina (Paraná), Uberlândia (Minas Gerais) e Itabuna (Bahia).

Análise semelhante da estrutura espacial dos fluxos intermunicipais de acesso à assistência oncológica foi realizada por Oliveira et al (2011)[8], revelando um padrão de distribuição territorial semelhante ao observado na oferta de neurocirurgia, como pode ser visualizado na Figura 4.

Figura 04. Redes de Atenção Hospitalar de Alta Complexidade (cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia, respectivamente)

Fonte: Oliveira et al. (2011).

8 O estudo envolveu os fluxos de origem e destino das pessoas para acesso a cirurgias oncológicas caracterizadas como sendo tratamento inicial para mama (mastectomia, radical com linfadenectomia, mastectomia simples, ressecção de lesão de mama, setorectomia, setorectomia com esvaziamento ganglionar, linfadenectomia radical axilar unilateral e bilateral e biópsia de mama) ocorridas entre janeiro e dezembro de 2005 e atendimentos ambulatoriais (quimioterapia e radioterapia) realizados entre julho de 2005 a junho de 2006.

O estudo revelou que a oferta de cirurgias de câncer de mama no país está organizada a partir de 110 redes, sendo que oito grandes centros distribuídos nas regiões de sudeste, nordeste e sul se destacam por representar 40% de oferta nacional. No sudeste, as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte respondem por 22,4% da oferta nacional, sendo que as duas primeiras juntas representam 19,4%.

Na região Nordeste, os centros mais importantes são Salvador, Fortaleza e Recife que juntos realizaram 12,8% do total de cirurgias oncológicas no período estudado. Finalmente, na região Sul, destacamos os centros de Porto Alegre e Curitiba que representam em conjunto 5,8% da oferta total do país. Essas são as oito redes que produzem cada uma mais de 500 cirurgias por ano.

A oferta de procedimentos de quimioterapia e radioterapia segue um padrão de distribuição territorial semelhante ao da cirurgia oncológica, uma vez que pertencem à mesma matriz produtiva. A oferta de procedimentos de quimioterapia foi aportada a partir de 88 redes, com considerável concentração regional. As cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Fortaleza, Salvador, Curitiba, Recife, Campinas e Barreto são responsáveis por 50,8% da oferta da oferta nacional.

Em um padrão semelhante, a oferta de radioterapia tem como suporte de provisão 70 redes diferentes, sendo que também 50% do total de procedimentos estão concentrados nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte, Salvador, Fortaleza, Barretos, Curitiba, Recife e Botucatu (São Paulo).

Em ambas as redes, as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro possuem 17,6% e 18,3% da oferta nacional, respectivamente. Da mesma forma, nos três nichos de oferta relacionados à atenção oncológica, o numero de redes com mais de 100 municípios nunca é superior a 14, o que mostra expressiva concentração territorial da oferta.

Embora os estudos sobre o mapeamento das redes de oferta de ações e serviços de saúde de média e alta complexidade não realizem avaliações explícitas sobre a suficiência da oferta em relação às necessidades de saúde da população, é possível verificar a presença de vazios sanitários, especialmente nas regiões Centro-Oeste e Norte do país.

Essa configuração segmentada internamente produz obstáculos significativos tanto para a articulação de cuidados e saberes clínicos específicos do setor saúde (promocionais, preventivos, curativos, de reabilitação, etc.) quanto para a integração com as demais políticas e sistemas de provisão de benefícios sociais da seguridade.

Além disso, paralelamente, e impulsionado por estímulos fiscais e de *marketing*, o setor suplementar de provisão de serviços de saúde se expandiu abarcando

parcela significativa da população brasileira com capacidade de renda, tornando-se um motor dinâmico de produção e movimentação de recursos físicos, humanos e financeiros, com impacto mais elevado no PIB, em termos de oferta de ações e serviços, do que o SUS.

As operadoras de assistência médica (com ou sem odontologia) são responsáveis pela cobertura de 23,4% da população brasileira, algo em torno de 44,8 milhões de beneficiários. Esse mercado caracteriza-se pela expressiva concentração institucional (aproximadamente 10% das operadoras respondem por 70% dos beneficiários), geográfica (65% dos beneficiários estão na região sudeste) e socioeconômica (aproximadamente 75% de cobertura no decil mais elevado de renda e em torno de apenas 5% no decil de menor renda) (ANS, 2010; NORONHA et al, 2010).

Em virtude do elevado volume de recursos movimentados, o setor possui significativa capacidade de influência sobre os patamares de preços setoriais, produzindo impactos negativos sobre as condições de contratação, organização e alocação de recursos do SUS, além de reafirmar os estímulos à concentração da oferta.

Como resultado, dois sistemas de atenção à saúde foram desenvolvidos simultaneamente, segmentados internamente, formando um híbrido institucional que produz resultados negativos para a política de saúde tais como barreiras de acesso, racionalização forçada de recursos (tetos restritivos e filas com prazo desproporcional à média), desigualdades regionais de acesso e utilização de serviços, descontinuidade do cuidado, baixa qualidade da atenção prestada, evasão de recursos, perda de qualidade de vida das pessoas, manutenção de patamares elevados de mortes por causas evitáveis, entre outros.

Esse quadro institucional, apesar dos significativos avanços do SUS nas últimas décadas, tem produzido expressivas insuficiências em termos de desenvolvimento de um modelo que promova a integração do cuidado. Diversas são as condições estruturais a serem superadas nas próximas décadas, podendo ser apontadas, em especial, as seguintes insuficiências:

1. **Disfuncionalidade na distribuição da oferta:** há desigualdades na distribuição da oferta de ações e serviços saúde expressas em diferentes dimensões (territorial, socioeconômico, risco, etc.). Constata-se, em alguns casos, a presença de vazios sanitários e, em outros, de superposição de oferta.

2. **Irracionalidade na alocação de investimentos:** a realização de novos investimentos raramente se orienta por critérios de insuficiência de oferta e necessidades de saúde, provocando maior desigualdade na distribuição da oferta.

3. **Atenção primária pouco resolutiva e baixa capacidade de coordenação do cuidado:** a configuração atual da Estratégia da Saúde da Família — ESF ainda não permite resolver a proporção dos problemas de saúde que se espera de uma atenção primária resolutiva, assim como lhe faltam instrumentos e capacidade institucional para exercer a função de articulação das ações e serviços de maior densidade tecnológica.

4. **Baixa difusão de arranjos de cooperativos de trabalho clínico:** grande parte das técnicas, instrumentos, mecanismos e estratégias para promover a cooperação, interdependência e a responsabilização compartilhada entre profissionais, equipes e unidades de saúde é utilizada apenas em ilhas de excelência do sistema.

5. **Baixa eficiência dos sistemas de suporte ao trabalho clínico:** os sistemas logísticos e de apoio não estão estruturados de forma a permitir o exercício adequado de suas funções para ampliar a eficiência do trabalho clínico. Há pouca difusão de instrumentos e sistemas de coordenação voltados para a construção de arranjos funcionais regionalizados, como os de transporte sanitário, comunicação, suprimentos, etc.

6. **Pouca difusão de mecanismos de gestão da clínica:** o estabelecimento de mecanismos de gestão como protocolos e linhas de cuidado, responsáveis pela definição de caminhos de acesso aos usuários e racionalização do trabalho dos profissionais, ainda está se iniciando em alguns núcleos de maior desempenho do sistema.

7. **Insuficiência de formação profissional multidisciplinar:** os processos de formação de profissionais relacionados à área de saúde têm se pautado em geral pela busca constante de maior especialização. As estratégias de formação profissional do trabalho multidisciplinar concentram-se ainda em cursos de maior aprofundamento acadêmico.

8. **Pouca difusão da estratégia de avaliação tecnológica:** a absorção de tecnologias, tratamentos e medicamentos novos ainda é feita, na maioria das vezes, de forma acrítica, sem critérios mais consistentes de impacto em termos de efetividade.

9. **Pouca difusão de mecanismos de gestão da qualidade:** o emprego de ferramentas de certificação e de melhoria da

qualidade também está concentrado em ilhas de excelência, sendo praticamente ausente em grande parte do sistema. Ainda não se verifica a difusão ampla de padrões de organização e gestão do trabalho, os quais orientam profissionais, usuários e gestores na ampliação da qualidade da atenção, a redução dos riscos e o aperfeiçoamento nos indicadores de utilização das unidades e recursos em saúde;

10. Baixa utilização de sistemas de monitoramento e avaliação: o desempenho de profissionais, equipes e unidades de saúde também não tem sido avaliado de forma consistente e objetiva. O emprego de modelos de avaliação por resultados com sistemas de custos, controladorias, planos de metas, auditoria clínica, sistemas de qualificação do trabalho em saúde, remuneração por desempenho, entre outros, mostra-se tímido e pouco difundido nas organizações de saúde, o que dificulta a formação de uma cultura de eficiência gestora no interior do sistema.

11. Ausência de critérios consistentes de incorporação da oferta conveniada e contratada: o comando constitucional de preponderância da oferta pública e a complementaridade da oferta privada e filantrópica não têm sido cumpridos em sua plenitude. Frequentemente, a incorporação de oferta não pública tem sido feita com base em séries históricas sem a presença de relações contratuais reguladas por instrumentos jurídicos baseados em metas.

12. Baixa articulação com outras políticas sociais: apesar de ter sido definida, na Constituição de 1988, como parte integrante da Seguridade Social, compondo um conjunto de ações articuladas com outras políticas sociais, a saúde tomou, logo no início da década de noventa, um caminho próprio, com a especialização das fontes de financiamento, assim como cada uma das áreas da Seguridade Social se desenvolveu de forma separada. Há muito que se avançar na construção de estratégias de integração das diversas áreas da seguridade social tanto no interior de cada uma das esferas de Estado quanto entre essas.

Essas precariedades que dificultam a construção de um sistema de saúde baseado na integração do cuidado decorrem de um conjunto amplo de fatores, ligados tanto diretamente à atenção à saúde propriamente dita quanto a outras dimensões do sistema de saúde e de natureza institucional, socioeconômica, política e cultural.

Para a superação desses obstáculos, é imperiosa a formulação de estratégias e políticas capazes atuar de forma concomitante sobre os fatores de fragmentação presentes nas diversas dimensões. É importante que a ação governamental esteja fundamentada em subsídios consistentes acerca da dinâmica de organização da atenção à saúde no SUS. A construção de cenários prospectivos é uma ferramenta importante e exige um esforço adicional de pesquisa em linhas estratégicas.

4 | PROPOSTA DE AGENDA DE PESQUISA PROSPECTIVA

As necessidades de pesquisa relacionadas à construção de bases mais sólidas de conhecimento para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS são bastante diversificadas e abrangem uma gama ampla de questões.

É importante ressaltar que a integração do cuidado em rede, como tipo ideal, se materializa pela sintonia de aspectos que vão desde o micro-trabalho da relação entre profissional e cidadão até o macro-trabalho dos arranjos de regionalização. A partir da ênfase dada na literatura recente sobre redes no SUS, selecionamos 10 temas prioritários como propostas de linhas prioritárias de pesquisa a serem aprofundadas:

1. **Perfil da demanda e da oferta de ações e serviços de saúde** — estudos sobre o comportamento da demanda por ações e serviços de saúde, tendo em vista tanto as tendências no padrão socioeconômico, demográfico e epidemiológico do país nas próximas décadas quanto as relações entre suas unidades político-administrativas.

2. **Arranjos territoriais de referenciamento da política:** estudos relativos às alternativas de composição de unidades geográficas de base para o referenciamento das ações e serviços de saúde, considerando a necessidade de compor arranjos funcionais de serviços baseados em critérios de escopo, escala e necessidades de saúde da população em um território com a extensão e a diversidade socioeconômica, política e cultural como o brasileiro.

3. **Atenção primária como coordenadora do cuidado** — estudos referentes às características de organização e dinâmica de funcionamento da Estratégia da Saúde da Família — ESF, especificamente no que concerne à atuação como porta de entrada do sistema, sua competência para responder de forma resolutiva aos problemas de saúde mais comuns da população e

à capacidade de coordenação do cuidado médico especializado e de articulação com outros cuidados sociais.

4. **Novos formatos de organização de serviços:** estudos sobre tendências de formação profissional em saúde, formatos de organização de equipes de trabalho, tipos de unidades de saúde, utilização de tecnologias remotas de trabalho, humanização da relação profissional/cidadão/família, modelos de atenção alternativos ao paradigma biomédico, etc., cuidados domiciliares, com o objetivo de criar oportunidades de desenvolvimento de formatos mais resolutivos, flexíveis e integrados, especialmente os voltados para condições crônicas.

5. **Gestão da clínica em redes de atenção:** estudos sobre experiências de utilização de mecanismos típicos de gestão da clínica, tais como protocolos de cuidados, metodologias de classificação de risco, gestão de casos, linhas de cuidado, gestão de patologias, auditoria clínica, entre outros, buscando identificar que fatores institucionais favorecem sua incorporação, quais os resultados em termos de integração do cuidado, quais os impactos em termos de qualidade, eficiência e satisfação do usuário, entre outros.

6. **Sistema de apoio e sistemas logísticos:** estudo sobre a eficiência de diferentes formatos de sistemas de apoio diagnóstico, de transporte em saúde, de acesso regulado, de assistência farmacêutica, etc., em diferentes contextos politico-administrativos (municípios de diversos tamanhos, estados e União), econômicos e culturais com o objetivo de identificar quais os formatos são mais adequados a determinados contextos, como interagem com o processo de integração clínica, como podem ser articulados entre si, etc.

7. **Integração entre cuidados médicos e cuidados sociais:** estudos relativos às estratégias e instrumentos utilizados nos processos de articulação entre as ações de saúde e as de outras políticas sociais, tais como as de educação, previdência, assistência social, habitação, saneamento, meio ambiente, emprego e renda, justiça, segurança pública, entre outras. Ênfase especial poderia ser conferida aos condicionantes dessa articulação (institucional, gerencial, econômico, político e cultural), assim como aos resultados em termos de seus impactos sobre a evolução de condições de saúde da população, especialmente nos casos de condições crônicas.

8. **Sistemas de avaliação e melhoria da qualidade:** estudos referentes às estratégias de introdução de programas de avaliação da qualidade da atenção prestada e de métodos de avaliação de desempenho de profissionais, equipes, unidades, arranjos de unidades por metas coletivas, município, regiões de saúde, etc. A análise das principais barreiras encontradas, das estratégias empregadas para superá-las e das inovações construídas podem ser de interesse especial para processos de *benchmarking*.

9. **Acesso e integração regional** — estudos relativos a estratégias de integração entre sistemas municipais de saúde de menor porte e complexidade e os centros regionais e estaduais de referência, especialmente no que se refere ao planejamento de oferta complementar, alocação da oferta existente, equidade no acesso, instrumentos de regulação gerencial, etc.

10. **Eficiência econômica e racionalidade sistêmica:** estudos sobre eficiência técnica e alocativa de recursos, relacionada a tratamentos especializados, equipamentos, insumos, processos de trabalho em saúde, etc., com o objetivo de proporcionar subsídios consistentes para reduzir custos, buscar tecnologias alternativas com maior potencial de equidade e ampliar o bem e a qualidade de vida usuários. Outros temas também poderiam ser abordados nesse conjunto, como a análise da dinâmica de difusão de novas tecnologias em saúde, os processos de incorporação de medicamentos e equipamentos, estratégia de obtenção de economias de escopo e escala na média e na alta complexidade, entre outros.

Esse conjunto não esgota as necessidades de busca de subsídios para o aperfeiçoamento das redes de atenção no SUS, mas permite aprofundar o entendimento das principais questões operacionais mais complexas da agenda atual do SUS. Cada uma dessas linhas ainda precisa ser detalhada e dimensionada na forma de projetos específicos de pesquisa.

5 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRENECHEA, J. J.; TRUJILLO, E.; CHORNY, A. **Salud para Todos en el Año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud.** Medellín: Universidad de Antioquia/ OPS/OMS, 1990. 323 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de informação da Saúde Suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA/DAB. **Números da Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>. Acesso em: 05 jun. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Informações de Saúde. Assistência à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/ DATASUS/index.php?area=0202>. Acesso em: 05 jun. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Norma Operacional da Assistência à Saúde:** Portaria GM / MS 373 (27 de fevereiro de 2002). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM/MS n.399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mais Saúde:** direito de todos — 2008-2011. 5. ed. Brasília, 2007. 128 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/programa.php>. Acesso em: 20 out. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde da Família no Brasil:** uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011:** regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil:** as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: UFMG; Cedeplar, 2007. 28 p. Texto para discussão n. 318.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

COCHRANE A.L. **Effectiveness and efficiency**. Random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. (Reprinted in 1999 for Nuffield Trust by the Royal Society of Medicine Press, London (ISBN 1-85315-394-X).

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **The integration of health care:** dimensions and implementation. Canada: Université de Montréal, 2003. 27 p. n. 04-01.

CRIMMINS, E. M.; BELTRÁN-SÁNCHEZ, H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? **Journal of Gerontology:** Social Sciences, St. Louis, v. 66, n. 1, p. 75-86, 2011.

DIAZ, V. P. **Organizaciones Sanitarias Integradas em Paises con Distintos Sistemas de Salud**. Dissertação (Mestrado). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2004. Disponível em: www.chc.es. Acesso em: 15 dez. 2008.

EDGREN, L. The meaning of integrated care: a systems approach. **International Journal of Integrated Care**, Netherlands, v. 8, n. 23, p. 1-6, 2008.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos:** Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-309, 2007.

FLEURY, S., MAFORT, A. L. M. **Gestão de redes:** a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro:Editora FGV, 2007. 204 p.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer:** universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro: Abrasco; Cebes; Abres; Rede Unida; Ampasa, 2006. 8 p.

FRIES, J. F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 303, n. 3, p. 130-135, 1980.

FURTADO, C. **Desenvolvimento e subdesenvolvimento**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. Y. Regionalização da Saúde e consciência regional. **Hygeia — Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 3, p. 35-46, 2006.

GILLIES, R. R. et al. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. **Hospital & Health Services Administration**, Chicago, v. 38, n. 4, p. 467-489, 1993.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.

HAM, C. **Clinically integrated systems:** the next step in English health reform? London: The Nuffild Trust, 2007. 11 p.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de informações básicas municipais:** perfil dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Cultura; IBGE, 2006. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/cultura2006/cultura2006.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050:** revisão 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

KODNER, D. L.; SPREEUWENBER, C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications: a discussion paper. **International Journal of Integrated Care**, Netherlands, v. 14, n. 2, p. 1- 6, 2002.

KUSCHNIR, R. **A construção da regionalização:** nota técnica sobre o Pacto pela Saúde. Versão preliminar. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2007.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LEAT, P.; PINK, G. H.; GUERIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Health Care Papers**, Toronto, v. 1, n. 2, p. 13-35, 2000.

LEAVELL, H.R e CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Mcgraw-Hill do Brasil, 1976.

LERNER, M. **Modernization and health:** a model of the health transition. Documento apresentado na Reunião Anual da American Public Health Association. São Francisco, 1973.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LLOYD, J.; WAIT, S. **Integrated care:** a guide for policymakers. London: Alliance for Health and the Future, 2005. 22 p.

MAFORT, A. L. M. Os Desafios da Gestão em Rede no SUS: situando a regionalização no centro da estratégia da política de saúde. **Divulg. saúde debate**;(42):12-22, abr. 2008.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MENDES, E. V. **Sistemas integrados de serviços de saúde:** a reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde. Mimeo., 2000.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. 154 p. Mimeo.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 15, p. 2297-2305, 2010.

MESA-LAGO, C. **Las reformas de salud en América Latina y el Caribe:** su impacto en los princípios de la seguridad social. Santiago de Chile: Cepal, 2005.

MUR-VEEMAN, I. et al. **Comparison and reflection:** integrated care in Europe. Maarssen: Elsevier, 2003.

MUR-VEEMAN, I.; VAN RAAK, A.; PAULUS, A. Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? **Healh Policy**, v. 85, n. 2, p. 172-183, 2008.

NASH, D. et al. **Practicing medicine in the 21st Century**. Florida: American College of Physicians Executives, 2006. 414 p.

NAVARRETE, L. V. et al. Organizaciones sanitárias integradas: uma guía para el análisis. **Revista Espanhola de Salud Pública**, Madrid, v. 79, n. 6, p. 633-643, 2005.

NICOLETTO, S. C. F.; CORDONI JUNIOR, L.; COSTA, N. R. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, 2005.

NOLTE, E.; MCKEE, M. (Ed.). **Caring for people with chronic conditions:** a health system perspective. Maidenhead: Open University Press, 2008. 214 p.

NORONHA, J. C.; SANTOS, I. S.; PEREIRA, T. R. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NORONHA, J. C. et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1781-1789, 2003.

NUOVO, J.(Ed.). **Chronic Disease Management**. New York,: Springer Science, 2007. 384 P.

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

OLIVEIRA, E. X. G. et al. Mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais: o caso do câncer de mama. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 317-326, 2011.

OLIVEIRA, F. **A economia brasileira:** crítica à razão dualista. Rio de Janeiro: Vozes, 1981.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Sistemas integrados de servicios de salud. Documento de trabajo**.VII Foro Regional — Fortalecimiento dos Sistemas de Salud Basados em APS. Quito: 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Redes Integradas de Servicios de Salud:** conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OMS/OPS, 2008. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.

PAIM, J. **Modelos assistenciais:** reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. Brasília: Anvisa, ISC/UFBA, 2001. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexosi.htm/modelos_assistenciais.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, número especial, p. 73-78, 2006.

PIOLA S.F.;SERVO L.M.S.; SÁ E.B.; PAIVA A.B.; JAKOB A.C.Estruturas de financiamento e gasto do sistema de saúde brasileiro. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030:** diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. 323 p.

PIZZARO DÍAZ, V. **Organizaciones sanitarias integradas en países con distintos sistemas de**

salud. 2004. 86 f. Dissertação (Mestrado) — Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2004. Disponível em: <www.consorci.org/publicacions/cataleg-de-publicacions/tesi-doctorals-i-tesines/pizarro-diaz-v.-organizaciones-sanitarias-integradas integradas-en-paises-con-distintos-sistemas-de-salud--tesina-.-barcelona-2004/?searchterm=DIAZ>. Acesso em: 15 dez. 2008.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 771-782, 2009.

ROBINE, J. M.; CHEAUNG, S. L. K. Nouvelles observations sur la longévité humaine. **Revue Économique**, Paris, v. 59, n. 5, p. 941-953, 2008.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS J. Analyzing the evidence on European health care reforms. **Health Affairs**, Millwood, v. 17, n. 2, p. 85-108, 1998.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS:** o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica y los adolescentes en México. **Salud Pública de México**, v. 45, supl. 1, p. S140-S152, 2003.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SHORTELL, S. M. et al. **Remaking health care in America:** building organized delivery systems. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

SILVA, S. F.(Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS:** o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: Idisa; Conasems, 2008.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES, E. Redes de atenção à saúde na agenda de prioridades do SUS. **Revista do Conasems**, Brasília, 2008.

SMITH, G.; CLARKE, D. Assessing the effectiveness of integrated interventions: terminology and approach. **Medical Clinics of North America**, v. 90, n. 4, p. 533-548, 2006.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 105-121, 2005.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **International Journal for Equity in Health**. 10:15, 2011.

TAVARES, M. C. **Da substituição de importações ao capitalismo financeiro**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

TODD, W. Strategic alliances. In: TODD, W.; NASH, D. (Ed.). **Disease management:** a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing; San Francisco: Jossey-Bass, 1996. p. 281-304.

TODD, W.; NASH, D. (Ed.). **Disease management:** a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing; San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. **Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 92 p. (Projeto Economia da Saúde. Cooperação técnica Brasil--Reino Unido)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP); NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (NEPP). **O setor Saúde e o Complexo da Saúde no Brasil.** Campinas: Unicamp, 2000. Caderno n. 46.

WOLFF J.L.; STARFIELD B.; ANDERSON G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. **Arch Intern Med**. 162(20):2269-76, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2002. 105 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Decentralization in health care**. Brussels: Open University Press; Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Making decisions on public health:** a review of eight countries. Brussels: Open University Press; Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrated health services:** what and why? Geneva: WHO, 2008. Technical Brief n. 1.

ZUCCH, I. P.; NERO, C. D.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 1/2, p. 127-150, 2000.

Formação, Mercado de Trabalho e Regulação da Força de Trabalho em Saúde no Brasil

FORMAÇÃO, MERCADO DE TRABALHO E REGULAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL

Mario Roberto Dal Poz
Celia Regina Pierantoni
Sábado Girardi

1 | INTRODUÇÃO

A reconfiguração social do país com o surgimento de uma "nova classe média" (ou nova classe trabalhadora, conforme Souza, 2010), produto dos movimentos de redistribuição de renda, da reestruturação produtiva e do combate à pobreza nacional e internacional, incorpora valores e define metas relacionadas ao consumo de bens, serviços, tecnologia e saúde, entre outros e também metas relacionadas às pessoas envolvidas na produção desses bens, serviços e tecnologias. A importância crítica da força de trabalho em saúde nos sistemas de saúde que apresentam bom desempenho é hoje tema de consenso entre formuladores de políticas públicas, particularmente as que visam à equidade na distribuição como a melhoria da qualidade dessa força de trabalho em todos os níveis.

Outro consenso, para falarmos de futuro, diz respeito à necessidade de inovação dos arranjos e instituições do regime jurídico de propriedade da produção desses bens e serviços — regimes que preencham a lacuna nas formas da propriedade estatal (da comunidade política), a exemplo das Fundações Estatais de Direito Privado, e, complementares a estas e à propriedade privada (dos indivíduos e dos mercados). Assim também o futuro desvelará, com mais força ainda, os "novos" arranjos de vinculação do trabalho e das relações de trabalho nas organizações de saúde. Apesar da antiguidade da prática ainda está para surgir um novo direito do trabalho que supere a hegemonia do emprego típico (o vínculo de trabalho heterônomo consubstanciado no emprego assalariado) como forma predominante do trabalho livre em nossas sociedades. Também na saúde, quer dizer, no trabalho em saúde, as formas cooperativas e associativas do autoemprego decente, distintas dos arranjos precários, tenderão a ganhar ademais da licitude e base ética que já possuem, legalidade e, mais ainda, tenderão a adquirir proteção social e previdenciária completa a partir de novos pactos de financiamento de

proteção do trabalho entre os atores protagonistas das relações de trabalho. Ou então, para confirmar o vaticínio de Bourdieu, aprofundaremos definitivamente na "precariedade" por ele anunciada como prenúncio desse nosso justo inaugurado milênio.

A mudança dos padrões de saúde, movimentos de população, fluxos financeiros, avanços tecnológicos e de telecomunicações e a difusão do conhecimento em saúde e as inovações dos sistemas de saúde, no Brasil e também globalmente, requerem uma força de trabalho em saúde mais afinada com as necessidades de saúde a e compatíveis com a organização de serviços de saúde ao longo do tempo. Dessa forma as bases técnicas e sociais desenvolvidas no trabalho em saúde representam, para além de um conjunto de transformações cotidianamente relacionadas com a história biomédica, um processo mais ampliado de transformações da sociedade relacionado com a estrutura social, a organização política e cultural.

O setor de serviços de saúde tem sido caracterizado por uma série de traços estruturais, mais ou menos interligados. Em primeiro lugar, é um setor constituído por atividades eminentemente intensivas em mão de obra, a despeito mesmo do intenso dinamismo com que novas tecnologias são crescentemente incorporadas às práticas do setor. Admitimos, ao contrário do que observamos em outros setores da atividade econômica, que a introdução de novas tecnologias na saúde — sejam novos produtos, instrumentos e equipamentos propedêuticos e terapêuticos, sejam novos processos — sem substituir as tecnologias preexistentes, na maioria das vezes, acrescenta-se a elas e, ao contrário de economizar mão de obra, exigem novas qualificações para sua operação, fazendo crescer, no final das contas, a demanda efetiva por força de trabalho. Entre nós, uma série de autores já chamou a atenção para este fenômeno (GIRARDI, 1999).

Duas implicações principais podem ser atribuídas a esta associação paradoxal entre intensidade do uso de trabalho e incorporação tecnológica. Por um lado, de forma negativa, ela estaria na raiz de certa intratabilidade da tendência ao crescimento dos gastos com a saúde. Disto não trataremos. Em contrapartida, em se mantendo inalterados os fatores que atualmente estimulam o crescimento da demanda pelos serviços de saúde (especialmente o envelhecimento das populações e o aumento da eficácia das tecnologias médicas) os serviços de saúde tenderiam a aumentar seu peso, relativamente a outros setores da economia, na absorção da população economicamente ativa dos países. Neste contexto, o emprego de força de trabalho no setor poderia cumprir um papel adicional às dimensões assistenciais curativas, preventivas, reparadoras ou de promoção da saúde, não importa, para as quais eles estariam precipuamente voltados. Na verdade, da perspectiva da política social ou da macroeconomia, o setor poderia ter um potencial suplementar de ser capaz de "amortecer", através da geração de emprego e renda, o impacto social das tendências de crescimento do desemprego nas sociedades modernas.

Um segundo traço distintivo das atividades de saúde, mais ou menos observado em todos os países, é a forte presença de ocupações regulamentadas e a vulnerabilidade da gestão setorial em relação às normas do "mundo das profissões". Desse segundo aspecto decorre que a regulação de grande parte da força de trabalho do setor escapa, em importantes aspectos quantitativos e qualitativos, tanto aos mecanismos autorreguladores dos mercados[1] como aos desideratos da gerência organizacional (ou da burocracia) do setor. O aparato corporativo profissional, as universidades e o sistema educativo jogam papel decisivo na definição dos níveis da oferta e padrões de qualidade da força de trabalho do setor.

Um terceiro traço distintivo do setor saúde, com relação a outros setores econômicos, é a sua peculiar inserção no sistema econômico. A alta repercussão social dos serviços prestados pelo setor, juntamente com seu peculiar dinamismo no que diz respeito à incorporação científico-tecnológica ao processo de trabalho (conforme comentado), insere o setor de serviços de saúde numa zona de fronteiras amplas e pouco demarcadas "entre os sistemas de bem-estar social e os sistemas de inovação" (CAMPOS e ALBUQUERQUE, 1998:15). As instituições que respondem a estes dois sistemas (a saúde pública, a seguridade social, as universidades e institutos de pesquisa, os laboratórios científicos, a rede de cientistas, entre outras) também jogam um papel importante na definição das regras de incorporação de trabalho ao setor. E mais uma vez aqui podemos dizer que estes são dois sistemas (ou para usarmos o termo de Albuquerque, "duas construções institucionais") que, igualmente ao caso das profissões, se constituíram no sentido de superar as limitações da regulação de mercado. Reconhecemos sobejamente, em ambos os casos, os limites dos mecanismos dos mercados autorreguláveis, quer para atingirem os objetivos de equidade inscritos nos sistemas de bem-estar social, quer para obterem os graus de eficiência de largo prazo, propugnados pelos sistemas de inovação técnica.

Finalmente, um quarto traço estrutural das atividades do setor de serviços de saúde estaria relacionado com a preponderância da força de trabalho feminina, fenômeno observado em todos os países, especialmente naquelas atividades

---

1 Na verdade, a chamada a autorregulação dos mercados estaria inibida em função de outras características peculiares ao setor. O cuidado de saúde não é um bem econômico típico e o setor saúde pode ser caracterizado pela existência generalizada de "falhas de mercado". Na literatura econômica, uma série de condições devem ser preenchidas para que a autorregulação dos mercados funcionem como mecanismo ideal de alocação eficiente de recursos. Em primeiro lugar, é necessária a existência permanente de quantidades expressivas de produtores e consumidores e que a entrada nos mercados seja livre. Em segundo lugar, os bens e serviços produzidos devem ser homogêneos e ambas as partes, produtores e consumidores devem possuir informações suficientes a respeito dos preços e qualidades entre escolhas alternativas. Em terceiro lugar, não deve haver maiores externalidades (ou efeitos de vizinhança) na produção e no consumo. Nenhuma dessas condições, conforme é amplamente reconhecido, se verificam na produção de serviços de saúde. Em primeiro lugar, o forte profissionalismo do setor coloca sérias barreiras à entrada de parcela considerável da força de trabalho setorial nos mercados. Noutras palavras, o número de provedores é regulado desde fora dos mercados, pelo sistema educacional e pela corporações profissionais. Em segundo lugar, o produto dos serviços de saúde é tudo que se quer que seja menos homogêneo. O aforismo "cada caso é um caso", extremamente utilizado para a descrição de situações médicas, apesar de que seja empregado às vezes de maneira abusiva, não é um completo exagero.

que envolvem o trato e o cuidado das pessoas, como a enfermagem. Com efeito, conforme veremos para o caso do Brasil, o setor de serviços de saúde é o que mostra a maior participação de mulheres na composição do emprego dentre todos os setores de atividade econômica.

Admitimos também, de forma paradoxal, o caráter cumulativo e não substitutivo da maior parte das tecnologias na área da saúde, o que se constitui num verdadeiro desafio para fazer previsões do que será essa força de trabalho em saúde no futuro — cuja contradição, pouco temos explorado. Grande parte dessa "insubstituibilidade" deriva do poder da profissão médica, do poder de deter na forma da propriedade privada legalmente constituída, certos atos — nos termos de Illich, por exemplo, aqui temos o verdadeiro exemplo de uma tecnologia contraproducente (como mostra Nogueira, 2003, por exemplo). *O trabalho do médico constitui-se como expropriação da saúde e uma tirania contra a saúde como autocuidado, como possibilidade das pessoas elas mesmas se enfrentarem, na cultura e na técnica, perdidas no domínio da expertise heteronomificada, das experiências da dor e da morte* (NOGUEIRA, 2003).

Os trabalhadores em saúde compõem um conjunto grande e diverso de profissionais e técnicos influenciados por diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralizações próprias, não reguladas estritamente pelas políticas setoriais, pouco sensíveis, conforme dissemos, à regulação de mercado, às leis da oferta e da procura e dos preços. O processo de trabalho em saúde depende assim de múltiplas e diferenciadas dimensões e fatores que cercam o financiamento, a organização e o desempenho dos sistemas de saúde. Mais ainda, profissionais com especificidades e habilidades distintas incorporadas no processo de trabalho e no desenvolvimento de um trabalho com características cada vez mais coletivas em saúde.

Por outra via, o mercado de trabalho em saúde é dependente de um continente expressivo de trabalhadores sem formação ou habilitação específica para o trabalho a ser desenvolvido no setor, desempenhando funções auxiliares em diversos planos laborais, por exemplo, administrativas, legais, o que acentua as diferenças no plano da técnica e da responsabilidade pelo trabalho executado.

Essa composição múltipla é também acrescida de outros técnicos e profissionais, de áreas não especificamente correlacionadas com a prestação direta de serviços de saúde. Essa força de trabalho é cada vez mais incorporada ao sistema de saúde em decorrência de fatores como o desenvolvimento tecnológico (ex. informática), da apuração de técnicas para aferimento dessa prestação viabilizadas por sistemas de controle e de custos (ex. economistas e administradores especializados) e do aprimoramento e desenvolvimento de novas áreas (ex. engenharia clínica), entre outras.

Desta forma a abordagem do tema “força de trabalho em saúde” será feita através de três vertentes: o mercado de trabalho em saúde e o desenvolvimento social; a formação e qualificação para o trabalho em saúde e; profissões e regulação profissional.

2 | MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

O setor saúde foi o que mais ampliou a oferta de emprego na última década, continuando a ser trabalho-intensivo. No final da década passada, com a forte expansão do mercado de trabalho em saúde via PSF e atenção primária à saúde com prioridade para regiões menos assistidas (Nordeste> Centro-Oeste> Norte), utilizando médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde comunitários.

A Tabela 1 sintetiza a mensuração do macrosetor Saúde segundo setores de atividade e segmentos ocupacionais. Primeiramente, os itens I.a, III, IV, V e VI são de dimensionamento direto através dos setores de atividade, isto é, via CNAE. Em outras palavras, a totalidade de trabalhadores no núcleo do setor (atividades de atendimento hospitalar, ambulatorial, SADT, etc.), nas atividades industriais, de comercialização e financeiras vinculadas à saúde, e nas atividades de saneamento, é automaticamente contada. Em seguida, os itens II e VII são mensurados pelo cruzamento entre atividade econômica e ocupação, o que corresponde ao total de profissionais de saúde (A) nas atividades complementares (A em II) e nos demais setores (A em VII). Uma exceção é feita ao item II, pois as atividades complementares de assistência social e psicossocial e seguridade social obrigatória, também entram em sua totalidade, isto é, sem lançar mão da *proxy* de profissões. Finalmente, o número de outros trabalhadores no núcleo público do setor (B em I.b) deve ser estimado seguindo a mesma proporção encontrada no núcleo privado do setor (B em I.a), lembrando que apenas para análises com a PNAD. Outros trabalhadores em atividades complementares e demais setores vinculados à prestação de saúde não são contados.

Tabela 01. Representação da mensuração do macro setor Saúde, Brasil

		Segmentos ocupacionais	
		(A) Profissionais	(B) Outros trabalhadores
Setores de atividade	I.a. Núcleo do setor (Saúde Humana)	Ia.	Ia.
	I.b. Núcleo do setor (Administração Pública)	Ib.	B em Ib. B em Ia.
	II. Atividades complementares	A em II*	A**
	III. Atividades industriais	III	III
	IV. Comercialização	IV	IV
	V. Atividades financeiras	V	V
	VI. Atividades de saneamento	VI	VI
	VII. Demais setores	A em VII	

*Exceto assistência social e psicossocial e seguridade social obrigatória, considerados em sua totalidade.
**Exceto Ensino e P&D e atividades de regulação.

A Tabela 2 apresenta uma aplicação da síntese de mensuração para a PNAD de 2008. Representando 5,9% do total de ocupados no período, o macro setor saúde somava em torno de 5.456.010 pessoas, sendo que 2.763.506 de profissionais de saúde e 2.692.504 de outros trabalhadores de saúde. O núcleo do setor referente à seção Saúde Humana registrou uma razão de 1,5 profissionais de saúde para cada outro trabalhador (1.734.152 para 1.118.313), destacando a forte profissionalização do setor. Utilizando-se da mesma razão para estimar o número de outros trabalhadores na seção de Administração Pública, verificou-se um total de 170.592 ocupados para 480.373 profissionais. Além do núcleo do setor, as atividades de comercialização foram as que mostraram o maior volume de ocupados (719.949), seguidas de atividades de saneamento (381.704), demais setores (307.510), atividades industriais (255.860), atividades financeiras (172.726) e atividades complementares (114.831).

Tabela 02. Dimensionamento do macro setor saúde segundo setores de atividades e segmentos ocupacionais (profissionais e outros trabalhadores de saúde) — Brasil, 2008

Setores de atividade	Segmentos ocupacionais		Total
	Profissionais	Outros trabalhadores	
Núcleo do setor (saúde humana)	1.734.152	1.118.313	2.852.465
Núcleo do setor (administração pública)	480.373	170.592*	650.965
Atividades complementares	114.831	503.916**	114.831
Atividades industriais	60.256	195.604	255.860
Comercialização	55.222	664.727	719.949
Atividades financeiras	8.837	163.889	172.726
Atividades de saneamento	2.325	379.379	381.704
Demais setores	307.510	–	307.510
Total macro setor	**2.763.506**	**2.692.504**	**5.456.010**
Percentual no total da economia	**2,99%**	**2,91%**	**5,90%**

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios — PNAD.
*Valor estimado.
**Exclusive Ensino e P&D.

A Tabela 3, por sua vez, apresenta a mensuração do macro setor segundo número de empregos formais registrados na RAIS em dezembro de 2008. O total do setor representava 11,01% do mercado formal brasileiro, maior que o percentual de ocupados no setor em relação ao total da economia, como observado pela PNAD, o que destaca a importância do setor para o mercado formal brasileiro. Como o número de outros trabalhadores de saúde no setor Administração Pública não foi estimado, é preciso destacar que este percentual pode ser ainda maior. Além do núcleo do setor, o maior volume de número de empregos foi encontrado em atividades de comercialização (467.853), seguidas de profissionais em outros setores (302.750), atividades complementares (278.281), saneamento (254.760), indústria (135.429) e atividades de financiamento (71.165).

Tabela 03. Número de empregos no macro setor Saúde segundo setor de atividade — Brasil, 2008

Classe CNAE	Empregos
I – Núcleo do setor (Saúde Humana)	2.835.488
I.a – Serviços privados	1.282.526
Atendimento hospitalar	800.762
Atendimento a urgências e emergências	2.010
Serviços de remoção de pacientes	1.113
Atenção ambulatorial executada por médicos e odontólogos	182.806
Serviços de complementação diagnóstica e terapêutica	121.639
Outros profissionais da saúde	66.505
Atividades de apoio à gestão de saúde	17.948
Outras atividades relacionadas com atenção à saúde	85.379
Atividades veterinárias	4.364
I.b – Núcleo do setor (Administração Pública)	1.252.962
Profissionais de saúde em serviços públicos	944.121
Demais trabalhadores em serviços públicos de saúde*	608.841
II – Atividades Complementares	278.281
Atividades de assistência social e psicossocial	88.662
Seguridade social obrigatória	32.402
Profissionais de saúde em Regulação de serviços de saúde	45.275
Profissionais de saúde em Ensino e Pesquisa & Desenvolvimento em saúde	111.942
III – Atividades Industriais	135.429
Fabricação de produtos farmoquímicos	5.906
Fabricação de medicamentos para uso humano	73.655
Fabricação de medicamentos para uso veterinário	7.486
Fabricação de preparações farmacêuticas	3.808
Fabricação de instrumentos e materiais para uso médico e odontológico e de artigos ópticos	41.252
Manutenção e reparação de equipamentos e produtos não especificados anteriormente	3.322
IV – Atividades de comercialização	467.853
Comércio atacadista e varejista de produtos farmacêuticos	368.852
Comércio atacadista e varejista de produtos médicos, odontológicos, ortopédicos e ópticos	99.001
V – Atividades de financiamento	71.165
Seguros-saúde	5.411
Planos de saúde	65.754

Classe CNAE	Empregos
VI – Atividades de saneamento	254.760
Captação, tratamento e distribuição de água	118.965
Atividades relacionadas a esgoto	36.178
Coleta, tratamento e disposição de resíduos	99.017
VII – *Profissionais de saúde* em outros setores	302.750
Nº de empregos no macro setor Saúde	4.345.726
Percentual em relação ao total da economia	11,01%

Fonte: MTE. Relação Anual de Informações Sociais – RAIS.
*Valor estimado.

As Tabelas 4 e 5 apresentam uma breve análise dos empregos formais de profissões e ocupações de saúde. No cômputo geral, elas somam 2.204.173 empregos, sendo 1.901.423 nas atividades componentes do macro setor (núcleo, complementares, indústria, comércio, financiamento e saneamento) e 302.750 nos demais setores. Aquelas que representam os maiores contingentes de emprego são os auxiliares de enfermagem (355.824), médicos (240.428), técnicos em enfermagem (239.904), agentes comunitários de saúde (237.548) e enfermeiros (129.905).

Do ponto de vista salarial, os melhores salários médios em 2008 foram reservados aos pesquisadores em ciências da saúde, com média de R$ 5.667,42, seguidos de médicos (R$ 3.858,68), veterinários e zootecnistas (R$ 3.718,43) e professores em ciências da saúde (R$ 3.230,36). os menores salários praticados no período foram reservados aos cuidadores de idosos (R$ 616,98), atendentes de farmácia (R$ 725,33), técnicos em odontologia (R$ 770,19), agentes comunitários da saúde (R$ 796,89) e auxiliares de laboratório da saúde (R$ 835,70).

O salário por hora de trabalho das ocupações de nível superior variou entre R$ 36,61, observado entre médicos, e R$ 13,87, entre nutricionistas. Já o salário por hora de trabalho das ocupações de nível médio, técnico e elementar variou de R$ 13,43 entre técnicos em equipamentos médicos e odontológicos, e R$ 3,69 entre cuidadores de idosos. A categoria de diretores e gerentes em serviços de saúde registrou média de R$ 23,19 por hora de trabalho. Quanto à razão salarial entre as médias do salário-hora de uma ocupação de saúde e a média do salário-hora de médicos, observou-se que as melhores razões foram as dos pesquisadores e professores em ciências da saúde, com 96,5% do salário-hora de médicos, seguidos de veterinários e zootecnistas, 78,2%, diretores e gerentes de serviços de saúde, 63,3%, e cirurgiões dentistas, 59,1%. As menores razões registradas foram as de cuidadores de idosos, 10,1%, atendentes de farmácia, 11,5%, e auxiliares de laboratório de saúde e agentes comunitários de saúde, ambos com 14%.

Tabela 04. Número de empregos formais por ocupação de saúde – Brasil, dezembro de 2008

Ocupação	Empregos no macro setor	Empregos em outros setores	Total
Médico	240.428	21.130	261.558
Cirurgião dentista	46.629	7.732	54.361
Veterinário e Zootecnista	11.998	4.778	16.776
Farmacêutico	70.674	4.931	75.605
Enfermeiro	129.905	10.520	140.425
Fisioterapeuta	19.121	5.108	24.229
Fonoaudiólogo	5.922	2.639	8.561
Terapeuta Ocupacional	3.091	1.345	4.436
Nutricionista	12.918	10.191	23.109
Psicólogo e psicanalista	24.023	9.942	33.965
Assistente social	38.183	12.379	50.562
Biólogo	11.521	1.821	13.342
Professor em ciências da saúde	28.231	4.748	32.979
Pesquisadores em ciências da saúde	2.362	118	2.480
Diretores e gerentes de serviços de saúde	19.747	1.353	21.100
Técnico em enfermagem	239.904	19.490	259.394
Auxiliar de Enfermagem	355.824	31.265	387.089
Técnico em óptica e optometria e Ortoptista	2.863	733	3.596
Técnicos de odontologia	51.222	6.345	57.567
Técnico de ortopedia	994	240	1.234
Técnico de imobilização ortopédica	1.608	131	1.739
Técnicos em equipamentos médicos e odontológicos	33.041	2.180	35.221
Técnicos e auxiliares técnicos em patologia clínica	27.404	2.660	30.064
Técnico em histologia	89	23	112
Técnicos em manipulação farmacêutica	9.981	1.276	11.257
Técnico em segurança no trabalho	5.224	50.185	55.409
Técnico manut. de equip. e inst. médico hospitalares	545	291	836
Acupunturistas, podólogos, quiropraxistas e afins	1.725	2.321	4.046
Agentes de saúde e do meio ambiente	125.634	11.680	137.314
Agente comunitário de saúde e afins	237.548	26.772	264.320
Auxiliares de laboratório de saúde	65.974	17.391	83.365
Cuidador de idosos	3.652	3.055	6.707
Total de empregos	**1.827.985**	**274.773**	**2.102.758**

Fonte: MTE. Relação Anual de Informações Sociais – RAIS.

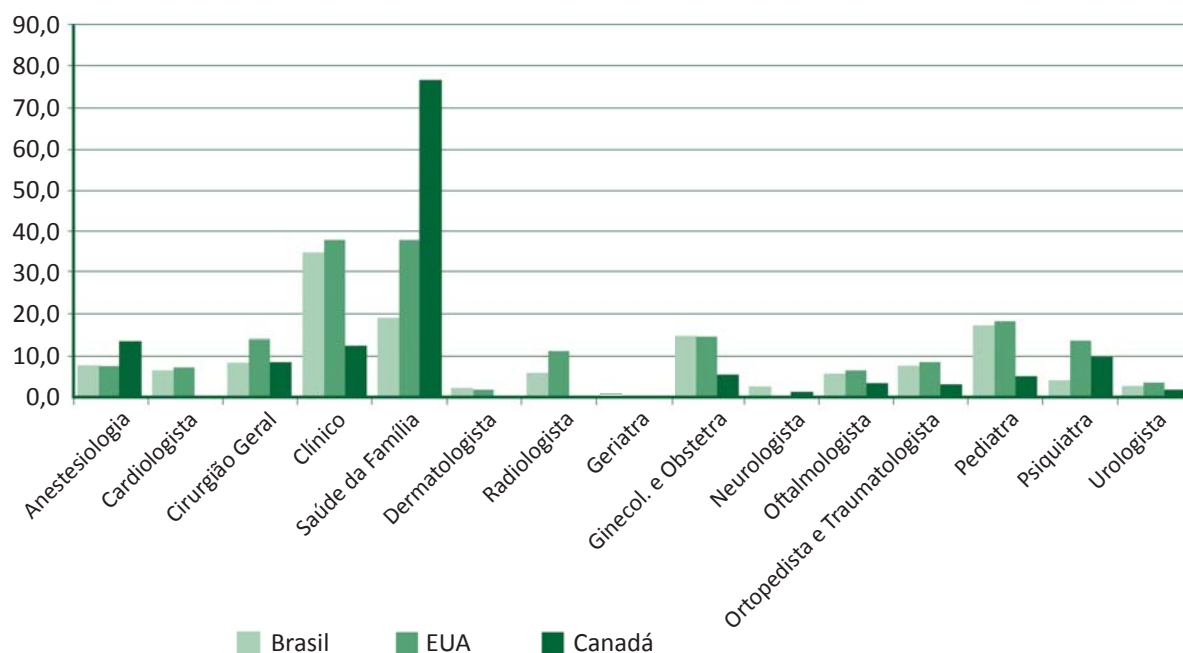
Tabela 05. Salários médios, média de horas semanais de trabalho, média salarial por hora de trabalho e razão salarial de profissionais de saúde no mercado formal por ocupação — Brasil, dezembro de 2008

Ocupação	Salário Médio (R$)	Média de Horas Semanais	Média Salarial por Hora de Trabalho (R$)	Razão Salarial*
Médico	3.858,68	26,35	36,61	100,0
Cirurgião dentista	2.532,28	29,25	21,64	59,1
Veterinário e Zootecnista	3.718,43	32,47	28,63	78,2
Farmacêutico	1.992,90	39,44	12,63	34,5
Enfermeiro	2.657,56	36,81	18,05	49,3
Fisioterapeuta	1.851,01	31,40	14,74	40,3
Fonoaudiólogo	1.805,13	31,83	14,18	38,7
Terapeuta Ocupacional	2.003,54	30,97	16,17	44,2
Nutricionista	2.006,48	36,16	13,87	37,9
Psicólogo e psicanalista	2.047,64	33,40	15,33	41,9
Assistente social	2.447,85	35,53	17,22	47,0
Biólogo	2.764,78	35,01	19,74	53,9
Professor em ciências da saúde	3.230,36	22,85	35,34	96,5
Pesquisadores em ciências da saúde	5.667,42	40,10	35,33	96,5
Diretores e gerentes de serviços de saúde	2.998,66	32,33	23,19	63,3
Técnico em enfermagem	1.109,70	38,23	7,26	19,8
Auxiliar de Enfermagem	1.161,28	37,52	7,74	21,1
Técnico em óptica e optometria e Ortoptista	1.486,45	42,16	8,81	24,1
Técnicos de odontologia	770,19	40,04	4,81	13,1
Técnico de ortopedia	1.417,52	39,47	8,98	24,5
Técnico de imobilização ortopédica	1.010,58	39,53	6,39	17,5
Técnicos em equipamentos médicos e odontológicos	1.558,80	29,01	13,43	36,7
Técnicos e auxiliares técnicos em patologia clínica	1.230,69	35,67	8,62	23,6
Técnico em histologia	1.279,91	36,40	8,79	24,0
Técnicos em manipulação farmacêutica	1.108,06	40,37	6,86	18,7
Técnico em segurança no trabalho	1.678,97	41,84	10,03	27,4
Técnico manut. de equip. e inst. médico hospitalares	1.601,97	41,86	9,57	26,1
Acupunturistas, podólogos, quiropraxistas e afins	1.106,85	39,09	7,08	19,3
Agentes de saúde e do meio ambiente	1.431,01	38,07	9,40	25,7
Agente comunitário de saúde e afins	796,89	39,00	5,11	14,0
Auxiliares de laboratório de saúde	835,70	40,66	5,14	14,0
Cuidador de idosos	616,98	41,85	3,69	10,1

Fonte: MTE. Relação Anual de Informações Sociais – RAIS.

Em referência às especialidades médicas, muitos estudos têm apontado a escassez em algumas áreas nas diversas regiões do país. Em 2004, o Ministério da Saúde encomendou uma série de estudos com o objetivo de investigar as necessidades de profissionais de saúde no país para o estabelecimento de políticas regulatórias para a abertura de cursos de graduação em saúde e para especialização em serviços de saúde na modalidade Residência Médica.

Os estudos confirmaram uma importante transição sócia demográfica e epidemiológica no país com características marcadas por fortes contrastes regionais e municipais. Desta forma, pode-se verificar uma grande escassez de algumas especialidades em geral, e em particular de médicos especialistas de áreas relacionadas a este novo cenário e comparado com outros países, como EUA e Canadá.

Gráfico 01. Razão do número de médicos equivalente a 40 horas (FTE) por 100 mil habitantes — Brasil, EUA, Canadá

Fonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de dezembro de 2010 e Censo Demográfico de 2010, BUREAU OF HEALTH PROFESSIONS/HRSA. "The Physician Workforce: projections and research into current issues affecting supply and demand", 2008. e PITBLADO, R.; PONG, R. "Geographic Distribution of Physicians in Canada", 1999; 3. CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. "National Physician Database, 2008-2009", 2010.

Considerando, por exemplo, a tendência de aumento da expectativa de vida da população, do crescente sucesso das terapêuticas contra o câncer, da necessidade de realização de diagnóstico precoce para esta patologia, observou-se uma grande desigualdade na distribuição de oncologistas, radioterapeutas e patologistas

clínicos entre as regiões do país. E ainda, com o aumento da expectativa de vida da população brasileira e, assim, a proporção de idosos, os estudos mostraram que há um pequeno número de geriatras em todas as regiões.

Nestes estudos, verificou-se a falta de médicos especialistas em outras áreas, tais como:

- Uma relativa disponibilidade de equipamentos de imagem, por exemplo, radiológicos e ultrassonográficos, em contraste com a escassez nacional de radiologistas e ultrassonografistas, sendo a situação mais grave na região Norte, independente do porte do município;
- Carências de médicos intensivistas, e da mesma forma de leitos de UTI, embora estes cresçam significativamente com o tamanho da população dos municípios em todas as regiões;
- Mesmo nos lugares onde traumatologistas e neurocirurgiões são mais disponíveis, a carência destes especialistas ainda é a regra como em todo o país, a despeito do grande crescimento da morbimortalidade por causas externas;
- A disponibilidade de gineco-obstetras foi considerada relativamente adequada na maioria dos municípios e regiões do país. Ainda assim, a disponibilidade deste profissional também cresce de modo consistente dos municípios de menor porte para os de maior porte em todas as regiões do país;
- Em meio a tantas carências, a disponibilidade de pediatras aparece como uma das menos problemáticas no país, considerando a proporção de crianças na população e sua tendência à redução.

De maneira geral, exceção feita para os ginecologistas e pediatras, estes estudos concluíram que há carência de médicos gerais e especialistas, que surpreende não só pela magnitude, mas também por sua abrangência no território nacional, sugerindo a necessidade de dispositivos potentes para incentivar e orientara formação, inserção e fixação destes profissionais no SUS. (GIRARDI, 2009)

3 | FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE

O sistema de ensino superior no Brasil é predominantemente privado (entre 70% e 80%). A predominância de instituições privadas também é observada na área da saúde (PIERANTONI et al., 2006, 2012). Em algumas áreas observa-se uma participação dominada por esse setor, como, por exemplo, biomedicina, fisioterapia, enfermagem, psicologia e nutrição. Em seis dos 14 cursos da área da saúde, o setor público apresenta taxa superior à média nacional de 21,8% das matrículas. Em medicina, as matrículas do setor público superaram as do setor privado em 2004, mas, a partir de 2006, o setor privado correspondeu a mais de 50% das matrículas.

A demanda pelos cursos de saúde permanece elevada, especialmente no setor público, no qual a relação candidato/vaga é fortemente positiva (16,2 contra 1,9 no setor privado). Para o curso de medicina, em 2008, a relação foi de 40,4 candidatos por vaga nas instituições públicas contra 10,8 nas privadas.

O aumento de egressos nas 14 áreas da saúde, cotejado com as demandas específicas das populações dos estados e das regiões, indicam diferenças regionais consideráveis na relação egresso/habitante. As regiões Sul e Sudeste apresentam os melhores índices na maioria dos casos e as regiões Norte e Nordeste os piores (PIERANTONI et al, 2006, 2012)

De 1991 a 2008 o número de cursos na área aumentou 458%. Os cursos que mais cresceram foram ciências biológicas (649%), nutrição (658%) e fisioterapia (892%), e os que menos cresceram foram medicina e odontologia (121% e 137%, respectivamente). (PIERANTONI et al, 2012).

As mulheres são maioria em todos os cursos da área da saúde, exceto em educação física e entre os concluintes da medicina. Porém, em 2007, as mulheres passaram a ser maioria também entre os ingressantes (56,3%) e os concluintes (54,7%) dos cursos de medicina. Em fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional e nutrição as mulheres representam mais de 90% dos estudantes. Em quase todos os cursos não se observa diferença estatisticamente significativa entre o gênero de ingressantes e concluintes, indicando uma estabilidade do aumento da participação feminina nos cursos da área.

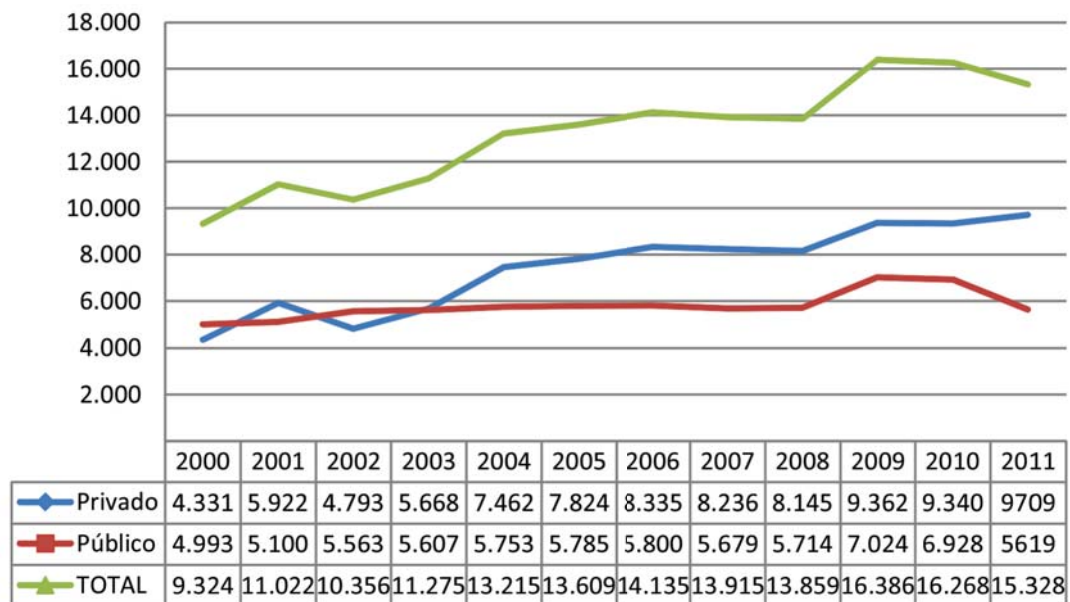
Os estudantes com renda familiar de até três salários mínimos são em maior número no curso de enfermagem se comparado com os cursos de medicina e odontologia. A menor participação de estudantes nessa faixa de renda é observada entre os ingressantes dos cursos de medicina. Entre os concluintes, em 2004, o menor percentual era observado nos cursos de odontologia. (PIERANTONI et al, 2006, 2012).

3.1 | Tendências da Formação em Medicina, Odontologia e Enfermagem

3.1.1 | Medicina

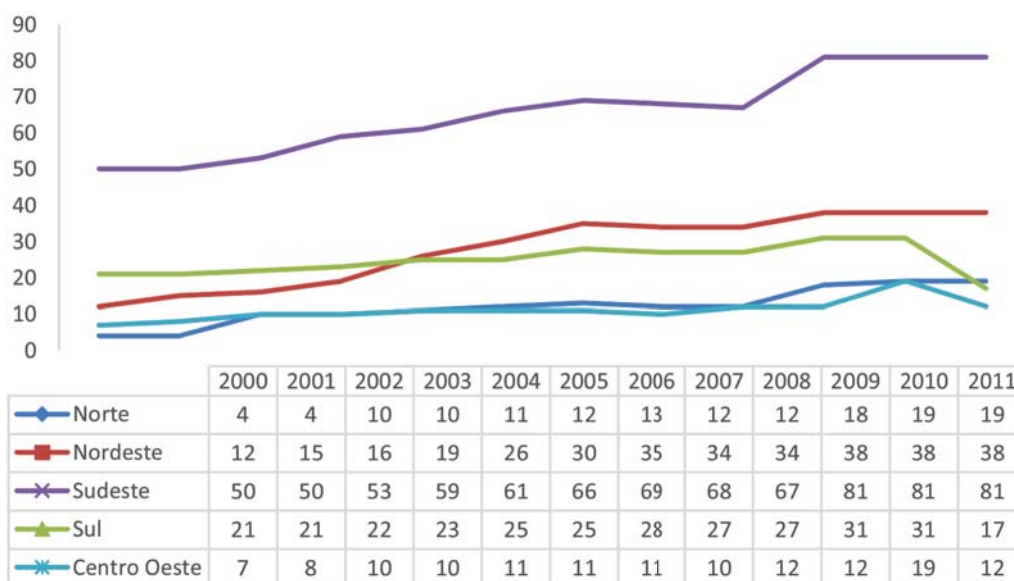
A curva de evolução do número de cursos de graduação em medicina no Brasil, conforme gráfico 2, indica um crescimento constante das variáveis segundo a natureza jurídica. No ano de 2000 existiam mais cursos públicos que privados; a partir de 2006 o número de cursos privados ultrapassa o de públicos e, embora na esfera pública o aumento do número de cursos também tenha ocorrido (n=23%), o de natureza privada cresceu três vezes mais no mesmo período (n=149%).

Gráfico 02. Cursos de Graduação em Medicina segundo Natureza Jurídica. Brasil 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Privado	4.331	5.922	4.793	5.668	7.462	7.824	8.335	8.236	8.145	9.362	9.340	9709
Público	4.993	5.100	5.563	5.607	5.753	5.785	5.800	5.679	5.714	7.024	6.928	5619
TOTAL	9.324	11.022	10.356	11.275	13.215	13.609	14.135	13.915	13.859	16.386	16.268	15.328

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2013.

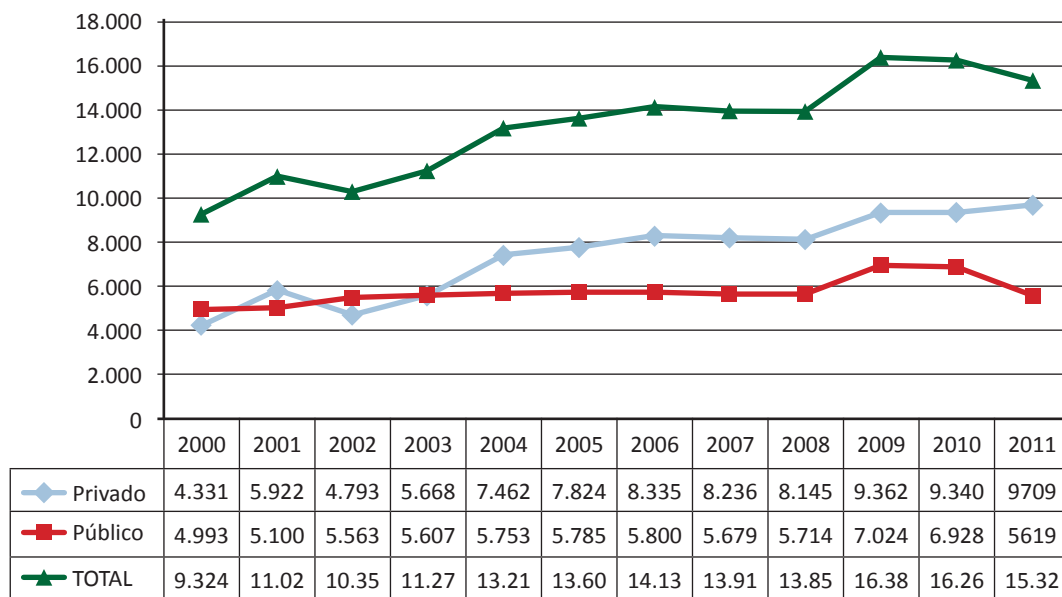
O gráfico 3 apresenta a tendência do número de cursos de graduação em medicina por regiões do Brasil no período compreendido entre os anos de 2000e 2011. Observa-se que a região Sudeste apresenta maior número de cursos seguida das regiões Nordeste, Norte, Sul e por fim com menor número de cursos a região Centro-Oeste. Contudo, o cálculo da taxa de crescimento assinala que as regiões que apresentaram o maior percentual de acréscimo no número de cursos de nível superior em medicina foram a Norte (n=111%), Nordeste (n=216%), Centro-Oeste (n=71%), Sudeste (n=62%) e Sul (n=47%), respectivamente, representando um decréscimo de 19 %.

Gráfico 03. Cursos de Graduação em Medicina segundo Grandes Regiões. Brasil 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	4	4	10	10	11	12	13	12	12	18	19	19
Nordeste	12	15	16	19	26	30	35	34	34	38	38	38
Sudeste	50	50	53	59	61	66	69	68	67	81	81	81
Sul	21	21	22	23	25	25	28	27	27	31	31	17
Centro Oeste	7	8	10	10	11	11	11	10	12	12	19	12

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2012.

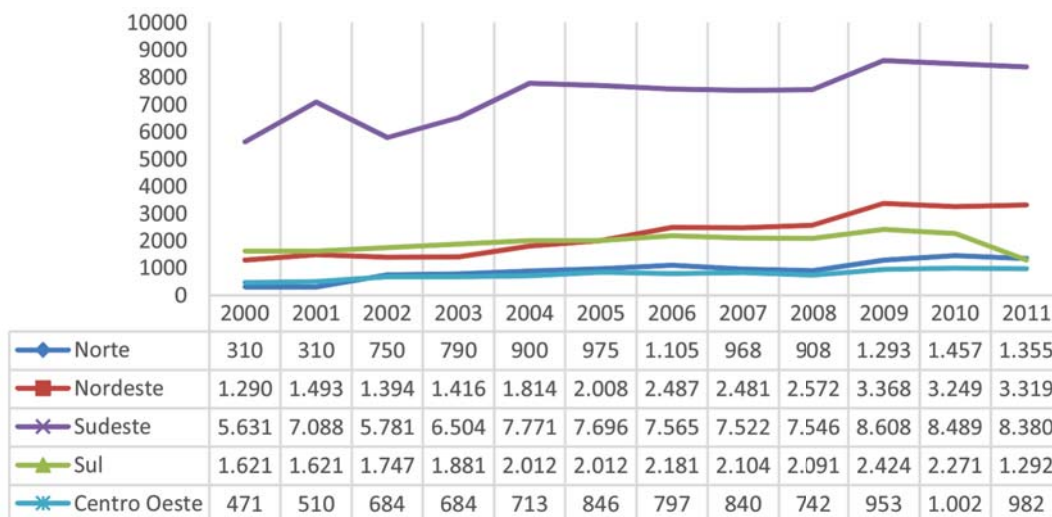
O gráfico 4 apresenta a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em medicina no Brasil segundo natureza jurídica no período de 2000-2011. Percebe-se que nos anos iniciais as vagas públicas eram em maior número, no entanto a partir do ano 2000 a esfera privada passou a oferecer maior número de vagas em cursos de graduação em medicina. E com o passar dos anos o número de vagas privadas mais que dobrou o que representa um crescimento de mais de 124%, enquanto na natureza pública esse percentual não alcançou os 13%.

Gráfico 04. Vagas de Graduação em Medicina por Grandes Regiões e Unidades da Federação segundo Natureza Jurídica. Brasil 1999–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Privado	4.331	5.922	4.793	5.668	7.462	7.824	8.335	8.236	8.145	9.362	9.340	9709
Público	4.993	5.100	5.563	5.607	5.753	5.785	5.800	5.679	5.714	7.024	6.928	5619
TOTAL	9.324	11.02	10.35	11.27	13.21	13.60	14.13	13.91	13.85	16.38	16.26	15.32

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2012.

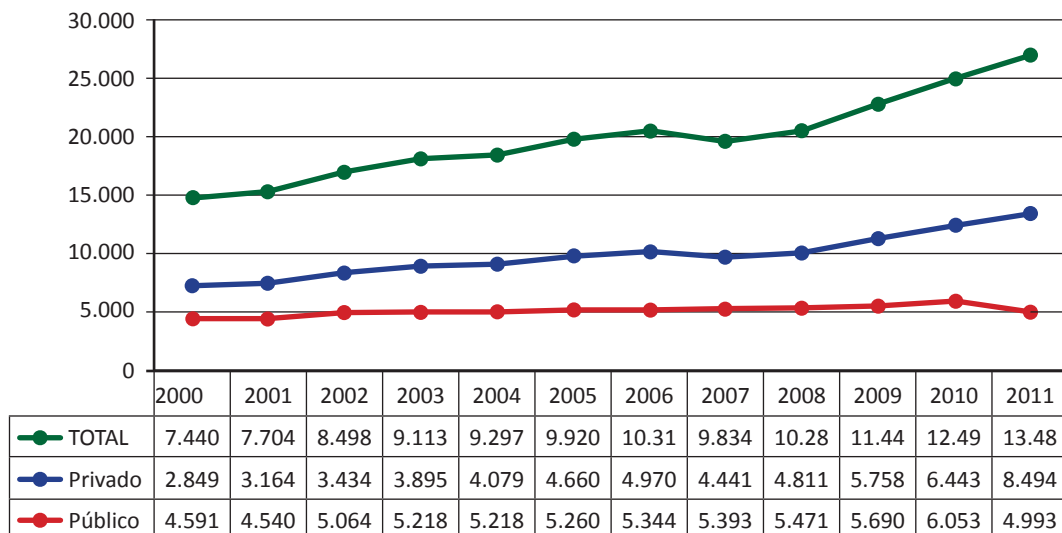
O gráfico 5 traz a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em medicina segundo as regiões do Brasil. Nele é possível visualizar que a região Sudeste, durante o período compreendido entre 2000 e 2011, apresentou maior número de vagas em comparação com as demais regiões. Porém, de acordo com os cálculos das taxas de crescimento, ela não foi a região que mais cresceu em número de vagas. O cálculo indicou que a região que mais cresceu foi a Norte (n= 337%), seguida das regiões Centro-Oeste (n=108%), Nordeste (n=157%), Sul (n= - 20%) e Sudeste (n=48%). Ainda que a região Sudeste tenha mostrado menor crescimento ela concentra mais de 54% do total de vagas em medicina.

Gráfico 05. Vagas de Graduação em Medicina segundo Grandes Regiões. Brasil 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	310	310	750	790	900	975	1.105	968	908	1.293	1.457	1.355
Nordeste	1.290	1.493	1.394	1.416	1.814	2.008	2.487	2.481	2.572	3.368	3.249	3.319
Sudeste	5.631	7.088	5.781	6.504	7.771	7.696	7.565	7.522	7.546	8.608	8.489	8.380
Sul	1.621	1.621	1.747	1.881	2.012	2.012	2.181	2.104	2.091	2.424	2.271	1.292
Centro Oeste	471	510	684	684	713	846	797	840	742	953	1.002	982

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012.

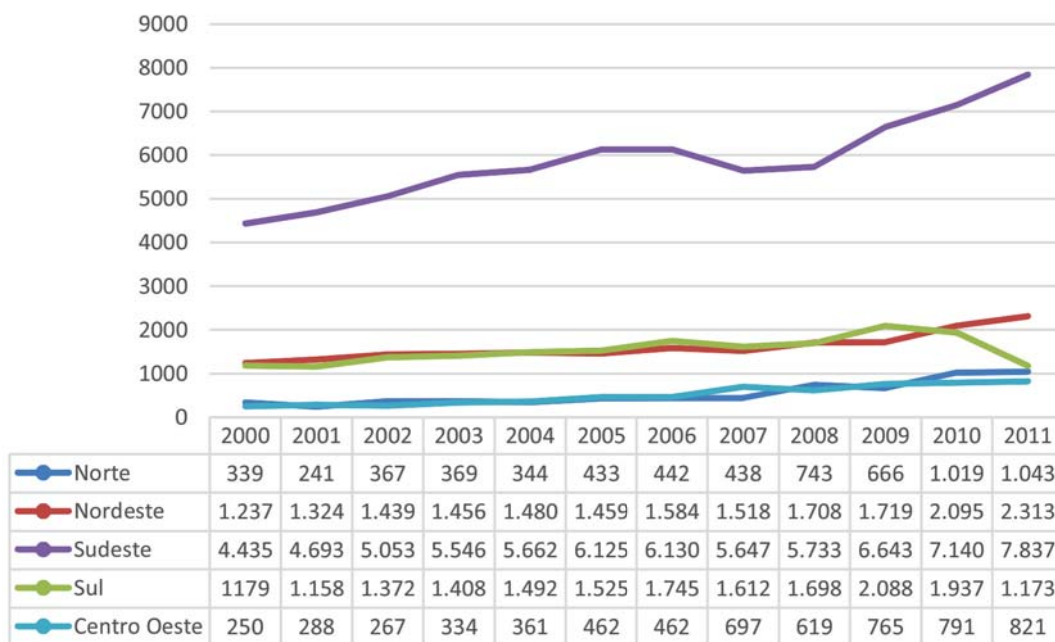
O gráfico 6 mostra a ascensão do número de concluintes de cursos de graduação em medicina segundo a natureza jurídica no período de 2000-2011. Visualiza-se que no ano de 2000 a diferença de concluintes entre as esferas era de quase o dobro com maior número na esfera pública, com o passar dos anos essa diferença foi diminuindo até que em 2011 o número de egressos foi maior na esfera privada. Consequentemente, a taxa de crescimento do número de egressos na esfera privada foi de 198% enquanto na pública foi de apenas 9%.

Gráfico 06. Concluintes dos cursos de graduação em medicina segundo natureza jurídica, Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	7.440	7.704	8.498	9.113	9.297	9.920	10.31	9.834	10.28	11.44	12.49	13.48
Privado	2.849	3.164	3.434	3.895	4.079	4.660	4.970	4.441	4.811	5.758	6.443	8.494
Público	4.591	4.540	5.064	5.218	5.218	5.260	5.344	5.393	5.471	5.690	6.053	4.993

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012.

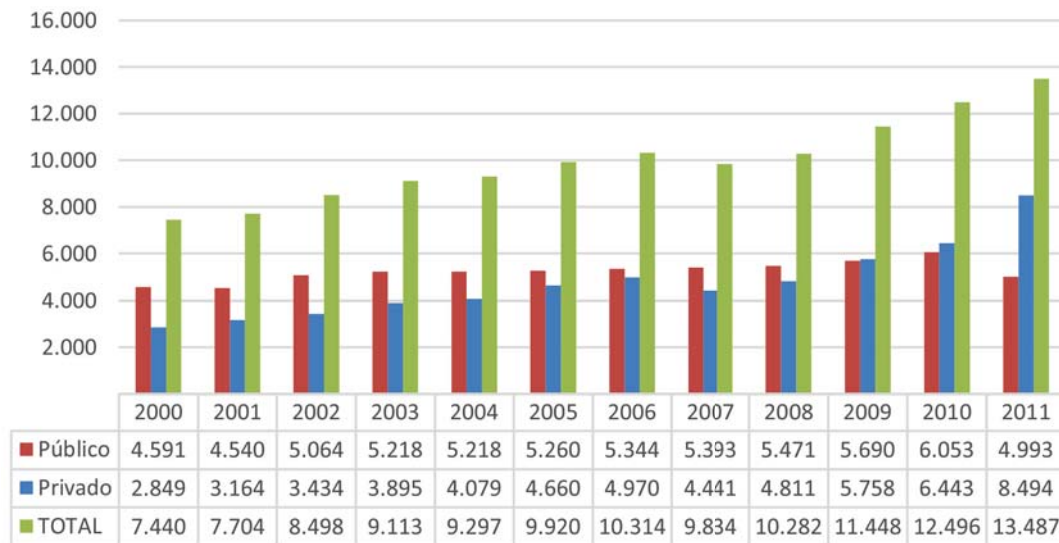
O gráfico 7 apresenta a evolução do número de concluintes dos cursos de graduação em medicina segundo as regiões do Brasil no período de 2000-2011. O número de concluintes no ano de 2000 era maior nas regiões Sudeste e Nordeste e menor nas regiões Norte e Centro-Oeste. O ano de 2011 mostrou algumas alterações, a região Sul ultrapassou a Nordeste em número de egressos a partir do ano de 2005, quando esta apresentou uma diminuição de concluintes em relação ao ano de 2004, e embora tenha aumentado com o passar dos anos a região Sul apresentou taxa de crescimento superior. O cálculo das taxas de crescimento de cada região aponta que a região Centro-Oeste seguida da Norte apresentam os maiores percentuais de elevação quais sejam 228% e 207%. As regiões Sul, Nordeste e Sudeste cresceram 71%, 29% e 1%, respectivamente. E embora, o crescimento da região Sudeste tenha sido o menor em relação às demais regiões, ela ainda apresenta o maior número de concluintes.

Gráfico 07. Concluintes dos Cursos de Graduação em Medicina segundo Grandes Regiões. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	339	241	367	369	344	433	442	438	743	666	1.019	1.043
Nordeste	1.237	1.324	1.439	1.456	1.480	1.459	1.584	1.518	1.708	1.719	2.095	2.313
Sudeste	4.435	4.693	5.053	5.546	5.662	6.125	6.130	5.647	5.733	6.643	7.140	7.837
Sul	1179	1.158	1.372	1.408	1.492	1.525	1.745	1.612	1.698	2.088	1.937	1.173
Centro Oeste	250	288	267	334	361	462	462	697	619	765	791	821

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012.

O gráfico 8 aborda sobre o número de vagas e de egressos dos cursos de graduação em medicina no período de 2000-2011. A visualização permite verificar que o número de vagas sempre foi superior ao de egressos. A taxa de crescimento do número de vagas no período foi de 64%, enquanto a de egressos foi de 81%.Dessa forma, pode-se afirmar que o número de vagas para cursar nível superior em medicina tem mostrado uma tendência de contínuo crescimento, e apesar de a curva do número de concluintes também ter apresentado ascendência, o crescimento não foi proporcional, de modo que é possível afirmar que as vagas não são preenchidas por completo e/ou há um alto percentual de desistência durante o curso.

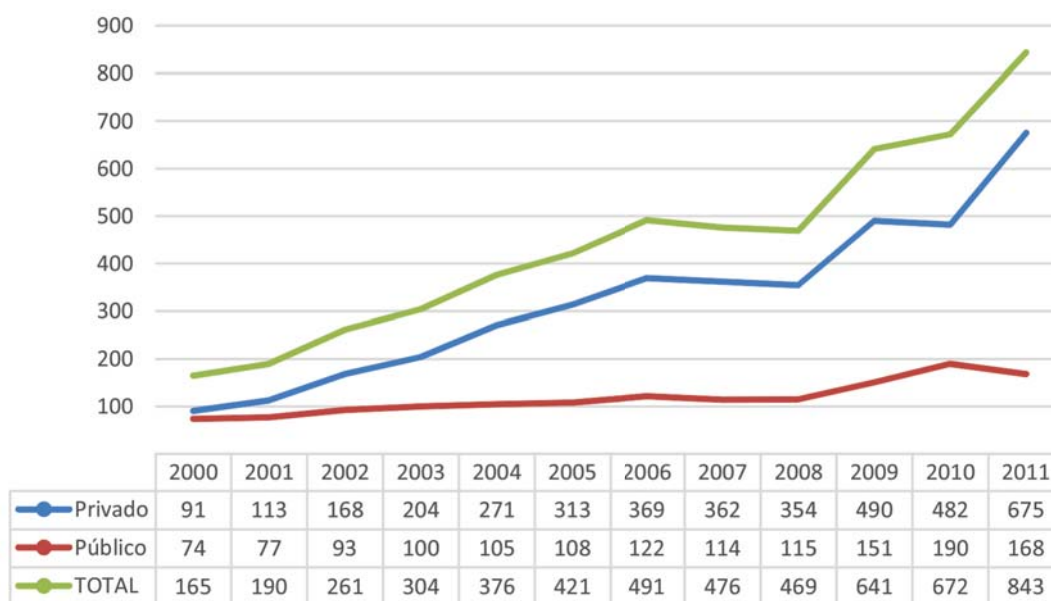
Gráfico 8. Vagas e Concluintes dos Cursos de Graduação em Medicina por Brasil segundo Natureza Jurídica. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Público	4.591	4.540	5.064	5.218	5.218	5.260	5.344	5.393	5.471	5.690	6.053	4.993
Privado	2.849	3.164	3.434	3.895	4.079	4.660	4.970	4.441	4.811	5.758	6.443	8.494
TOTAL	7.440	7.704	8.498	9.113	9.297	9.920	10.314	9.834	10.282	11.448	12.496	13.487

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012.

3.1.2 | Enfermagem

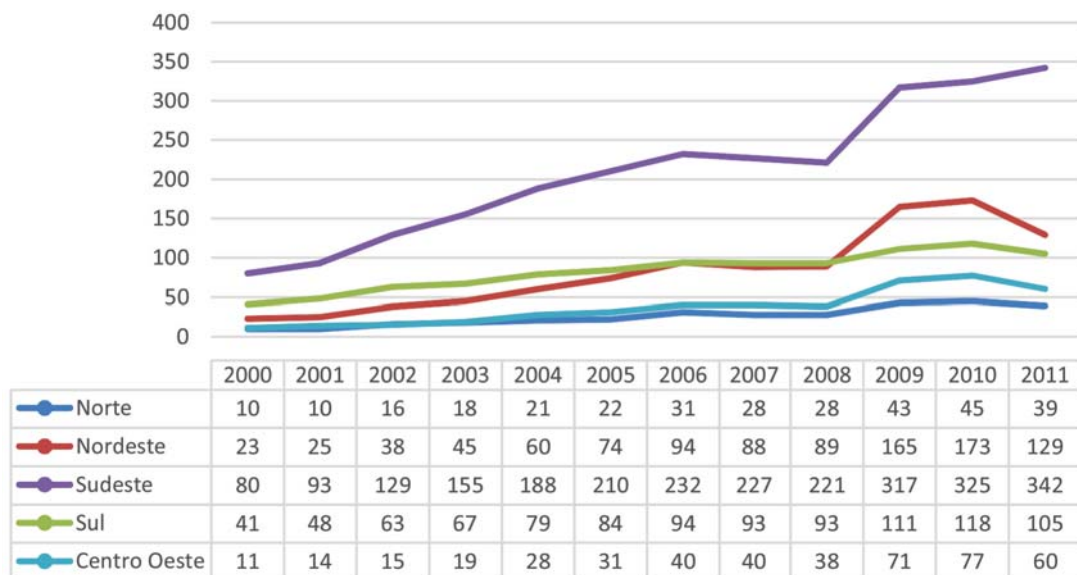
O gráfico 9 traz a curva de evolução do número de cursos de graduação em enfermagem no Brasil segundo a natureza jurídica no período de 2000-2011. É possível visualizar um crescimento das variáveis apresentadas, sobretudo a partir de 2005. Embora o aumento do número de cursos também tenha ocorrido na esfera pública (n=124%), o de natureza privada cresceu seis vezes mais no mesmo período (n=642%).

Gráfico 09. Cursos de Graduação em Enfermagem segundo natureza jurídica, Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Privado	91	113	168	204	271	313	369	362	354	490	482	675
Público	74	77	93	100	105	108	122	114	115	151	190	168
TOTAL	165	190	261	304	376	421	491	476	469	641	672	843

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012.

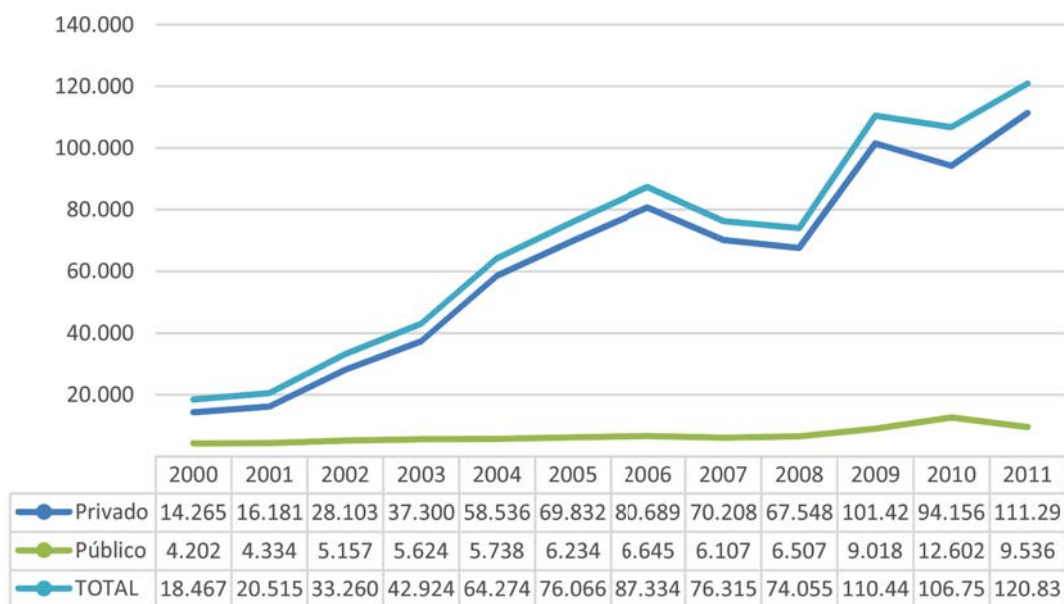
O gráfico 10 mostra a tendência do número de cursos de graduação em enfermagem por regiões do Brasil no período compreendido entre os anos de 2000 e 2011. Observa-se que a região Sudeste apresenta maior número de cursos seguida das regiões Nordeste, Sul, Centro-Oeste e por fim com menor número de cursos a região Norte. Não obstante ao disposto nas curvas, o cálculo da taxa de crescimento aponta que as regiões Centro- Oeste (n=445%) e Nordeste (461%) apresentaram o maior percentual de ascensão no número de cursos de nível superior em enfermagem, seguido das regiões Sudeste (n=327%), Norte (290%) e Sul (108%).

Gráfico 10. Cursos de Graduação em Enfermagem segundo Grandes Regiões. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	10	10	16	18	21	22	31	28	28	43	45	39
Nordeste	23	25	38	45	60	74	94	88	89	165	173	129
Sudeste	80	93	129	155	188	210	232	227	221	317	325	342
Sul	41	48	63	67	79	84	94	93	93	111	118	105
Centro Oeste	11	14	15	19	28	31	40	40	38	71	77	60

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012

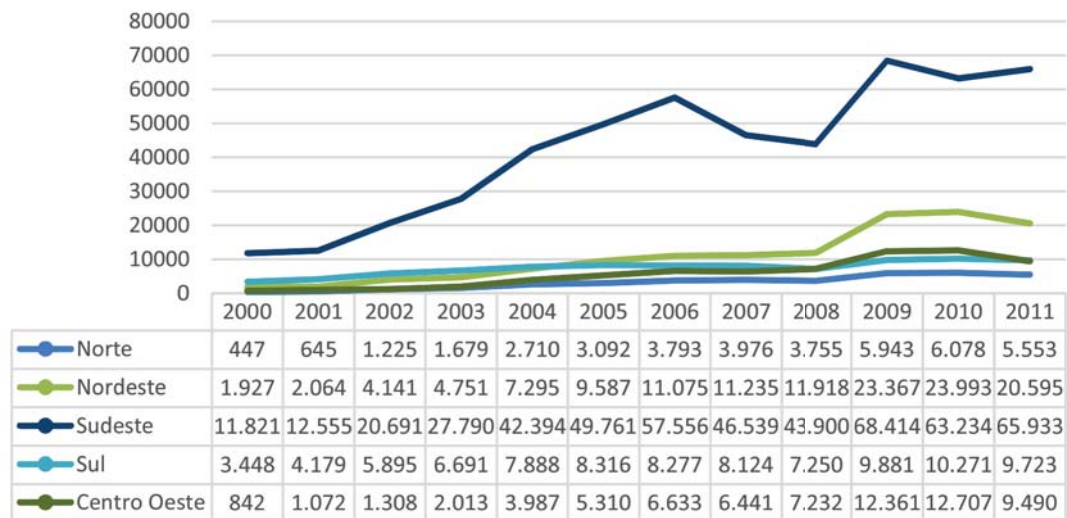
O gráfico 11 apresenta a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em enfermagem segundo natureza jurídica no período de 2000-2011. A curva que representa o crescimento de vagas no setor privado é nitidamente mais ascendente que a do setor público, de modo que a taxa de crescimento no primeiro foi superior a 680% e no segundo pouco mais de 127%. Portanto os dados de 2011 apontam que o número de vagas em estabelecimentos privados ultrapassa em mais de cinco vezes as do setor público.

Gráfico 11. Vagas dos Cursos de Graduação em Enfermagem segundo Natureza Jurídica. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Privado	14.265	16.181	28.103	37.300	58.536	69.832	80.689	70.208	67.548	101.42	94.156	111.29
Público	4.202	4.334	5.157	5.624	5.738	6.234	6.645	6.107	6.507	9.018	12.602	9.536
TOTAL	18.467	20.515	33.260	42.924	64.274	76.066	87.334	76.315	74.055	110.44	106.75	120.83

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012.

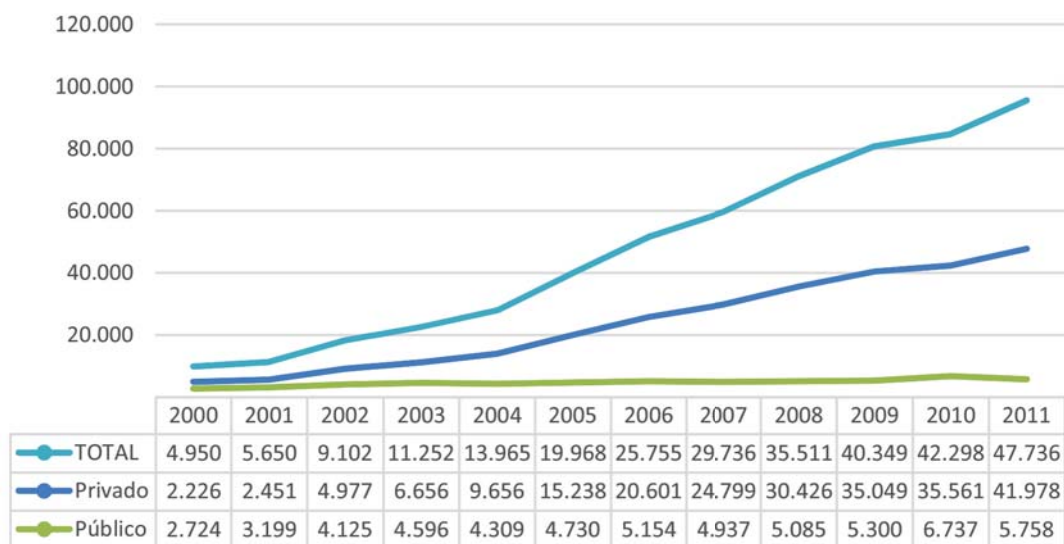
O gráfico 12 traz a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em enfermagem segundo as regiões do Brasil. Nele é possível visualizar que a região Sudeste se destaca, pois já em 2000 apresentava número de vagas superior às demais regiões, e ao longo dos anos essa tendência não se modificou. Entretanto, no que se refere a taxa de crescimento, o cálculo indica que a região que mais cresceu foi a centro oeste (n=1047%) seguida das regiões Norte (n=1142%) e Nordeste (n=968%). A região Sudeste cresceu 458% e a Sul 182%. De toda forma, os estados de São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro detém mais de 54% do total de vagas dos cursos de graduação em enfermagem.

Gráfico 12. Vagas dos cursos de graduação em Enfermagem segundo grandes regiões. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	447	645	1.225	1.679	2.710	3.092	3.793	3.976	3.755	5.943	6.078	5.553
Nordeste	1.927	2.064	4.141	4.751	7.295	9.587	11.075	11.235	11.918	23.367	23.993	20.595
Sudeste	11.821	12.555	20.691	27.790	42.394	49.761	57.556	46.539	43.900	68.414	63.234	65.933
Sul	3.448	4.179	5.895	6.691	7.888	8.316	8.277	8.124	7.250	9.881	10.271	9.723
Centro Oeste	842	1.072	1.308	2.013	3.987	5.310	6.633	6.441	7.232	12.361	12.707	9.490

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012

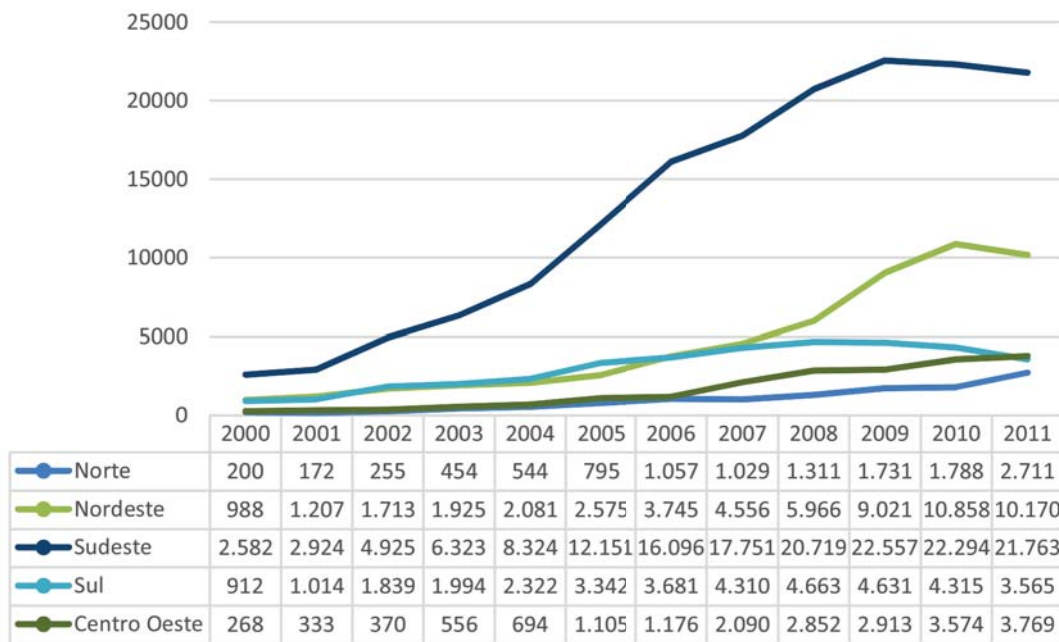
O gráfico 13 informa a progressão do número de concluintes de cursos de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. No período, nota-se que, se no ano de 1999 a diferença entre as duas esferas era pequena, estando no setor público um maior contingente de egressos, após 10 anos esse cenário se altera completamente, demonstrando uma taxa de crescimento de 1786% de concluintes em estabelecimentos privados enquanto o segmento público apresentou um aumento de 111% de egressos.

Gráfico 13. Concluintes dos Cursos de Graduação em Enfermagem segundo Natureza Jurídica. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	4.950	5.650	9.102	11.252	13.965	19.968	25.755	29.736	35.511	40.349	42.298	47.736
Privado	2.226	2.451	4.977	6.656	9.656	15.238	20.601	24.799	30.426	35.049	35.561	41.978
Público	2.724	3.199	4.125	4.596	4.309	4.730	5.154	4.937	5.085	5.300	6.737	5.758

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2011

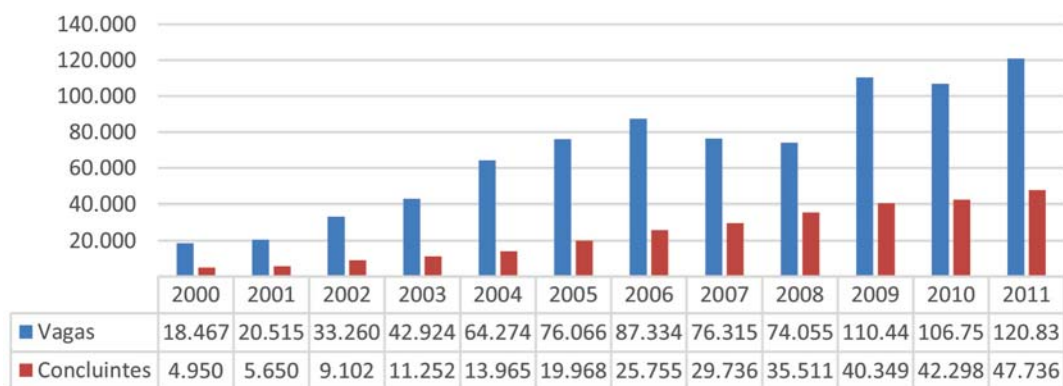
O gráfico 14 apresenta a evolução do número de concluintes dos cursos de graduação em enfermagem segundo as regiões do Brasil no período de 2000-2011. O número de concluintes no ano de 2000 era maior nas regiões Sudeste e Nordeste e menor no centro oeste e norte. Dez anos depois esse quadro não se alterou muito, exceto pelo fato de a região Centro-Oeste ter ultrapassado a Norte em número de concluintes. E embora a curva da região Sudeste se destaque, o cálculo das taxas de crescimento de cada região assinala que a região Centro-Oeste seguida da região Nordeste apresenta os maiores percentuais de ascensão, quais sejam 1300% e 929%. As regiões Sudeste, Sul e Norte cresceram 742%, 291% e 256%, respectivamente.

Gráfico 14. Concluintes dos Cursos de Graduação em Enfermagem segundo Grandes Regiões. Brasil, 2000–2011.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	200	172	255	454	544	795	1.057	1.029	1.311	1.731	1.788	2.711
Nordeste	988	1.207	1.713	1.925	2.081	2.575	3.745	4.556	5.966	9.021	10.858	10.170
Sudeste	2.582	2.924	4.925	6.323	8.324	12.151	16.096	17.751	20.719	22.557	22.294	21.763
Sul	912	1.014	1.839	1.994	2.322	3.342	3.681	4.310	4.663	4.631	4.315	3.565
Centro Oeste	268	333	370	556	694	1.105	1.176	2.090	2.852	2.913	3.574	3.769

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012

O gráfico 15 versa sobre o número de vagas e de egressos dos cursos de graduação em enfermagem no período de 2000-2011. A visualização permite verificar que o número de vagas era e ainda é superior ao de egressos. A taxa de crescimento em dez anos do número de vagas foi de 554%, enquanto a de egressos foi de 864%. Dessa forma, pode-se afirmar que no Brasil abrem-se cada vez mais vagas para cursar graduação em enfermagem, e como o número de concluintes não acompanhou o de vagas, pode-se supor que as vagas não são preenchidas por completo e/ou há um alto percentual de desistência durante o curso.

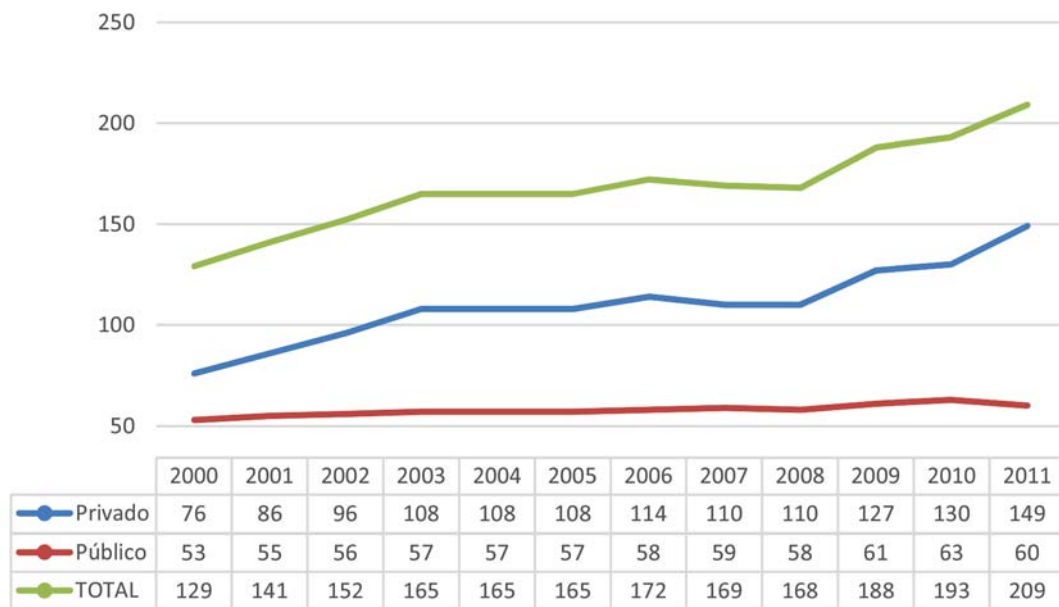
Gráfico 15. Vagas e Egressos do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Vagas	18.467	20.515	33.260	42.924	64.274	76.066	87.334	76.315	74.055	110.44	106.75	120.83
Concluintes	4.950	5.650	9.102	11.252	13.965	19.968	25.755	29.736	35.511	40.349	42.298	47.736

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2011

3.1.3 | Odontologia

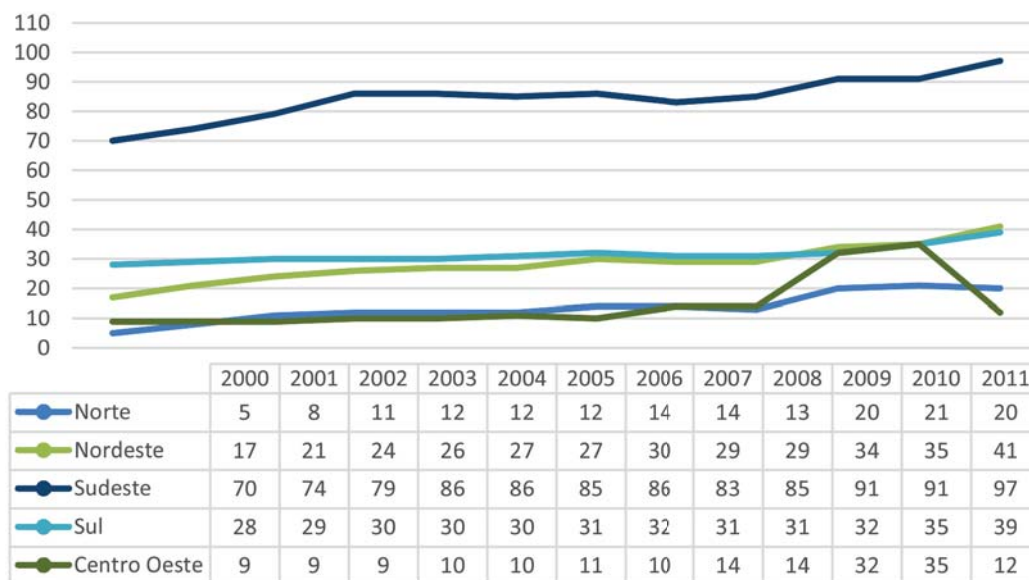
O gráfico 16 traz a curva de evolução do número de cursos de graduação em odontologia no Brasil segundo a natureza jurídica no período de 2000-2011. Visualiza-se o crescimento das curvas, sobretudo da que representa a esfera privada, que apresentou taxa de crescimento de 96%, enquanto o crescimento da pública foi de apenas 13%.

Gráfico 16. Cursos de graduação em Odontologia segundo natureza jurídica. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Privado	76	86	96	108	108	108	114	110	110	127	130	149
Público	53	55	56	57	57	57	58	59	58	61	63	60
TOTAL	129	141	152	165	165	165	172	169	168	188	193	209

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012.

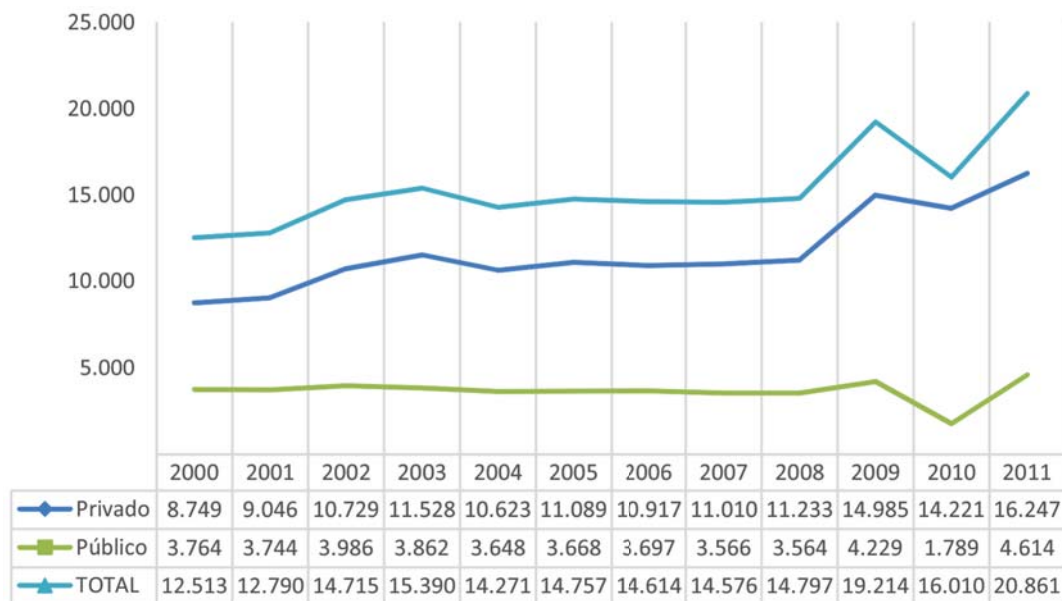
O gráfico 17 indica a tendência do número de cursos de graduação em odontologia por regiões do Brasil no período compreendido entre os anos de 2000 e 2011. Observa-se que a região Sudeste apresenta maior número de cursos seguida das regiões Nordeste e Sul que oferecem o mesmo número de cursos, Norte e por fim com menor número de cursos a região Centro-Oeste. Não obstante ao demonstrado nas curvas, o cálculo da taxa de crescimento aponta que as regiões Norte (n=300%) e Nordeste (141%) apresentaram o maior percentual de ascensão no número de cursos de nível superior em odontologia, seguidas das regiões Centro-Oeste (n=33%), Sul (39%) e Sudeste (n=38%).

Gráfico 17. Cursos de graduação em Odontologia segundo grandes Regiões. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	5	8	11	12	12	12	14	14	13	20	21	20
Nordeste	17	21	24	26	27	27	30	29	29	34	35	41
Sudeste	70	74	79	86	86	85	86	83	85	91	91	97
Sul	28	29	30	30	30	31	32	31	31	32	35	39
Centro Oeste	9	9	9	10	10	11	10	14	14	32	35	12

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012.

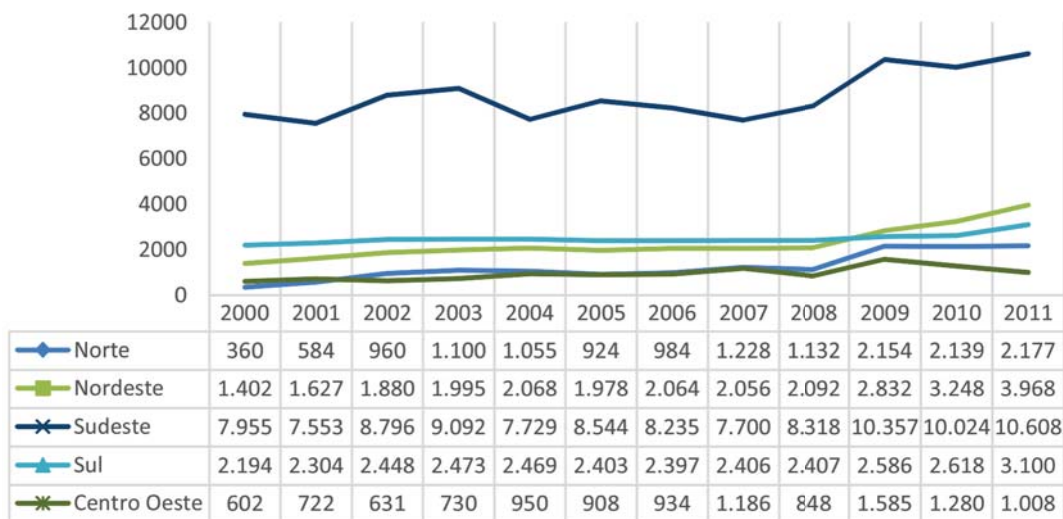
O gráfico 18 apresenta a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em odontologia no Brasil segundo natureza jurídica no período de 2000 - 2011. A curva que representa o crescimento de vagas no setor privado se destaca, visto que a taxa de crescimento foi superior a 85 % enquanto no setor público houve um decréscimo de 11%. Em consequência os dados de 2011 apontam que o número de vagas em unidades privadas ultrapassa em mais de três vezes o número de vagas no setor público.

Gráfico 18. Vagas dos cursos de graduação em Odontologia segundo natureza jurídica. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Privado	8.749	9.046	10.729	11.528	10.623	11.089	10.917	11.010	11.233	14.985	14.221	16.247
Público	3.764	3.744	3.986	3.862	3.648	3.668	3.697	3.566	3.564	4.229	1.789	4.614
TOTAL	12.513	12.790	14.715	15.390	14.271	14.757	14.614	14.576	14.797	19.214	16.010	20.861

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012.

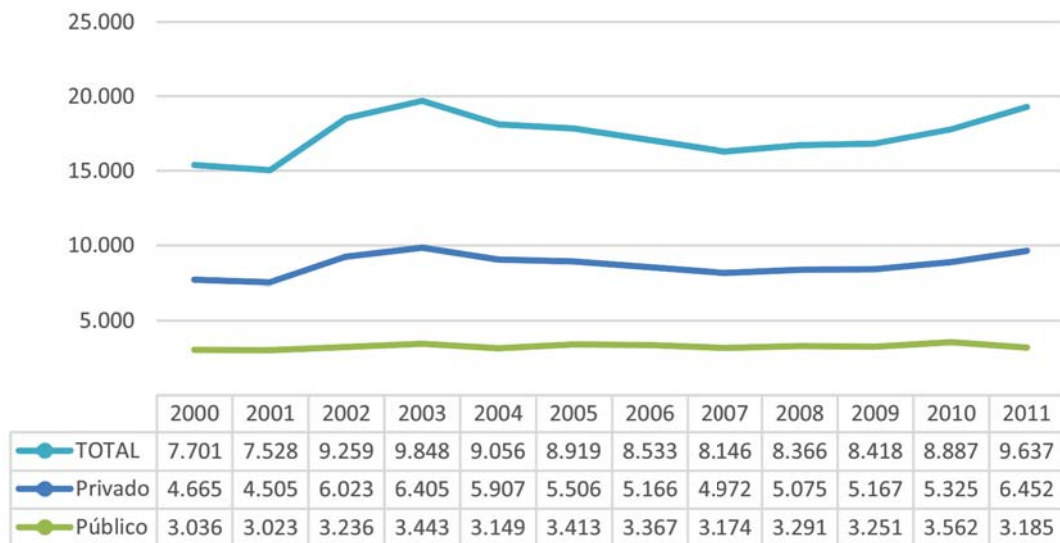
O gráfico 19 traz a evolução do número de vagas dos cursos de graduação em odontologia segundo as regiões do Brasil. Nota-se que a região Sudeste ao longo dos dez anos superou as outras regiões em número de vagas. Entretanto, ela não foi a região que apresentou a maior taxa de crescimento. O cálculo indica que a região que mais aumentou o número de vagas foi a região Norte (n=505%), seguida das regiões Nordeste (183%), Centro–Oeste (67 %), Sul (41%)e por fim Sudeste (33%). Não obstante a menor taxa de crescimento ter sido da região Sudeste, ela detém mais de 62 % do total de vagas dos cursos de graduação em odontologia do Brasil.

Gráfico 19. Vagas dos cursos de graduação em Odontologia segundo Grandes Regiões. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	360	584	960	1.100	1.055	924	984	1.228	1.132	2.154	2.139	2.177
Nordeste	1.402	1.627	1.880	1.995	2.068	1.978	2.064	2.056	2.092	2.832	3.248	3.968
Sudeste	7.955	7.553	8.796	9.092	7.729	8.544	8.235	7.700	8.318	10.357	10.024	10.608
Sul	2.194	2.304	2.448	2.473	2.469	2.403	2.397	2.406	2.407	2.586	2.618	3.100
Centro Oeste	602	722	631	730	950	908	934	1.186	848	1.585	1.280	1.008

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012.

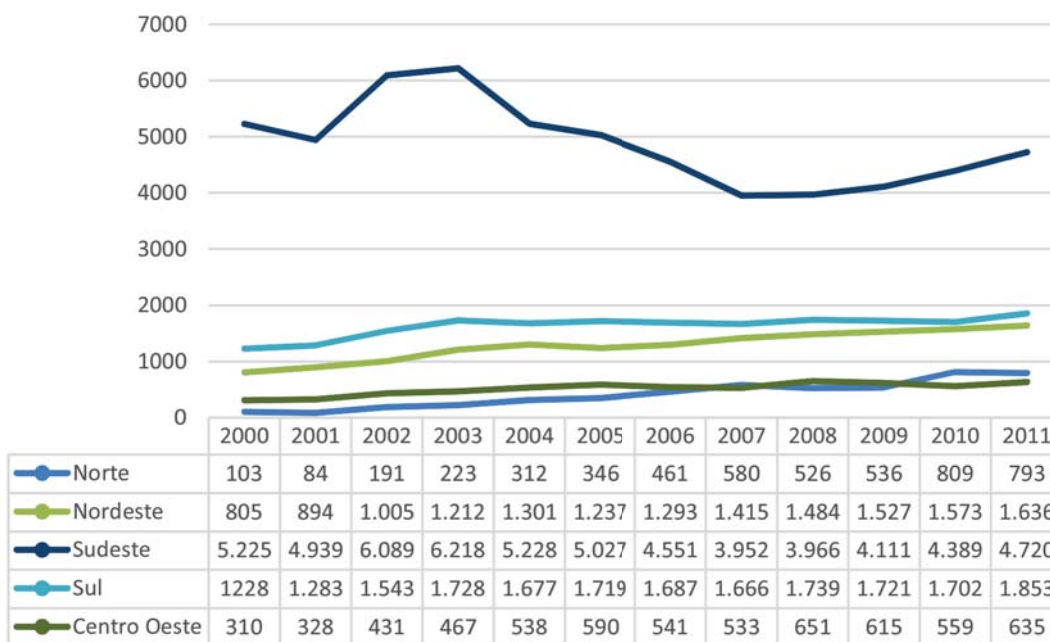
O gráfico 20 informa a progressão do número de concluintes de cursos de graduação em odontologia segundo a natureza jurídica no período de 2000-2011. Nota-se que, embora a diferença de concluintes fosse pequena entre as duas esferas, desde o ano de 2000, o número de egressos já era maior na esfera privada. Essa diferença continuou aumentando com o passar dos anos de modo que a taxa de crescimento no número de concluintes na esfera privada foi superior a 38%. A esfera pública por sua vez, ao longo dos dez anos apresentou períodos de aumento e queda no número de concluintes, resultando numa taxa de crescimento de apenas 5%.

Gráfico 20. Concluintes dos cursos de Graduação em Odontologia segundo natureza jurídica. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	7.701	7.528	9.259	9.848	9.056	8.919	8.533	8.146	8.366	8.418	8.887	9.637
Privado	4.665	4.505	6.023	6.405	5.907	5.506	5.166	4.972	5.075	5.167	5.325	6.452
Público	3.036	3.023	3.236	3.443	3.149	3.413	3.367	3.174	3.291	3.251	3.562	3.185

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012.

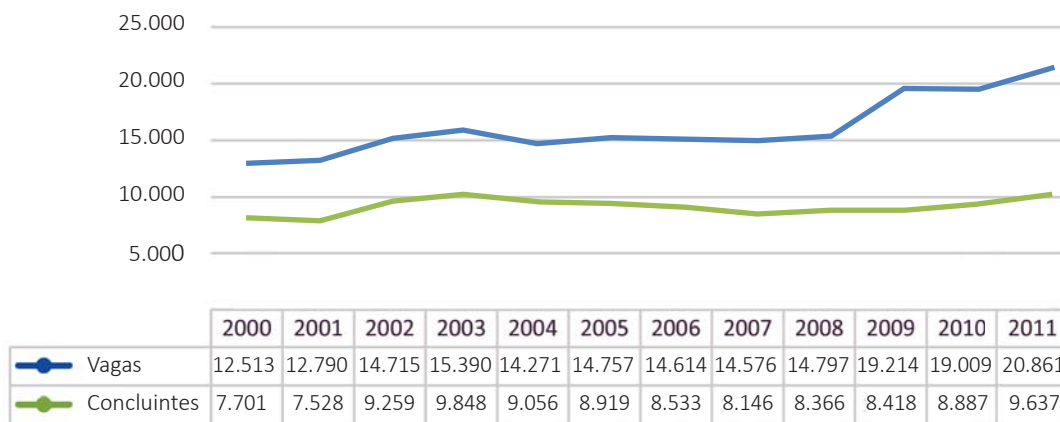
O gráfico 21 apresenta a evolução do número de concluintes dos cursos de graduação em odontologia segundo as regiões do Brasil no período de 2000-2011. O número de concluintes no ano de 2000 era maior nas regiões Sudeste e sul e menor na região Norte. Dez anos depois esse quadro não se alterou muito, exceto pelo fato de a região Sudeste ter reduzido o número de egressos. As taxas de crescimento das regiões Norte e Centro-Oeste apresentam os maiores percentuais de ascensão quais sejam de 670% e de 105% respectivamente, enquanto a região Sudeste apresentou decréscimo de 10%.

Gráfico 21. Concluintes dos cursos de graduação de Odontologia segundo grandes Regiões. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	103	84	191	223	312	346	461	580	526	536	809	793
Nordeste	805	894	1.005	1.212	1.301	1.237	1.293	1.415	1.484	1.527	1.573	1.636
Sudeste	5.225	4.939	6.089	6.218	5.228	5.027	4.551	3.952	3.966	4.111	4.389	4.720
Sul	1228	1.283	1.543	1.728	1.677	1.719	1.687	1.666	1.739	1.721	1.702	1.853
Centro Oeste	310	328	431	467	538	590	541	533	651	615	559	635

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede ObservaRH, 2012.

O gráfico 22 apresenta o número de vagas e de concluintes dos cursos de graduação em odontologia no período de 2000 - 2011. Verifica-se que o número de vagas era e ainda é superior ao de egressos. A taxa de crescimento em dez anos do número de vagas foi de 63%,enquanto a de egressos foi de 25%.Pode-se afirmar que no Brasil abrem-se cada vez mais vagas para cursar graduação em odontologia, e como o número de concluintes não acompanhou o de vagas, pode-se supor que as vagas não são preenchidas por completo e/ou há um alto percentual de desistência durante o curso.

Gráfico 22. Vagas e concluintes dos cursos de graduação em Odontologia. Brasil, 2000–2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Vagas	12.513	12.790	14.715	15.390	14.271	14.757	14.614	14.576	14.797	19.214	19.009	20.861
Concluintes	7.701	7.528	9.259	9.848	9.056	8.919	8.533	8.146	8.366	8.418	8.887	9.637

Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ, ObservaRH, 2012.

3.2 | Programas de Formação de Médicos Especialistas

Apesar do crescimento expressivo, ainda há uma distribuição bastante irregular das vagas dos programas de Residência Médica oferecidas pelas diversas regiões do país. Tal distribuição acompanha, na maioria dos casos, a distribuição dos vínculos dos médicos especialistas nas regiões, mostrando sempre uma grande concentração nas regiões de maior desenvolvimento econômico. As vagas credenciadas de Residência Médica estão concentradas de forma bastante semelhante à distribuição dos médicos em atividade mostrando a importância do mercado de trabalho como determinante do estabelecimento de programas e vagas.

Além disso, ao se analisar esta expansão nos últimos cinco anos, nota-se que ocorreu um aumento de vagas credenciadas de forma menos expressiva em áreas consideradas básicas (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva e Medicina de Família e Comunidade), revelando uma tendência na abertura de vagas em áreas mais especializadas.

Atualmente, 35% das vagas credenciadas são oferecidas por instituições estaduais, 30% por instituições federais, 8% por instituições municipais e o restante (27%) por instituições privadas. Considerando que a maioria das vagas em instituições privadas é custeada pelo poder público, é claro o predomínio do financiamento público na formação médica especializada.

4 | PROFISSÕES E REGULAÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo, vamos tratar os desafios nos dois campos ou mundos: o do trabalho (das relações de trabalho) e o das profissões. Nos dois casos, parece ser necessário modernizar a legislação, produzir direito novo para abrigar dentro da legalidade os novos arranjos laborais distintos do trabalho assalariado, quer dizer as novas formas do trabalho de autônomos consorciados em redes, dos autônomos cooperados etc. (GIRARDI et al., 2010).

Dois desafios podem ser identificados aqui: dar legalidade a estas formas (quando lícitas, éticas, etc.) e estender o conjunto das proteções sociais, trabalhistas e previdenciárias a estas formas. O que ocorre hoje é que quem pode, os que têm renda suficiente extra consumo médio, compram estas "proteções" — planos de aposentadoria, saúde etc... no mercado; quem não pode, acumula, para além da instabilidade/labilidade da relação de trabalho uma desproteção completa contra os riscos do mercado de trabalho. A construção desse "amparo" para tais trabalhadores e profissionais implica no entanto em um novo pacto social para seu financiamento; um novo pacto de financiamento. Com o risco de simplificar demais, podemos dizer que o grande desafio para o futuro de uma sociedade democrática e inclusionista no campo do trabalho em geral é o das reformas necessárias para impedir a precariedade e a destruição física das pessoas que são os detentores da força de trabalho. No campo profissional, o grande desafio é transitar para um sistema de regulação desse tipo distinto de trabalho, de *expertise*, etc. que não confira a elas propriedade exclusiva sobre a expertise, transitar de um sistema elitista para um sistema que ao menos acomode as demandas de reconhecimento de práticas de trabalho não hegemônicas, acomodar as "profissões" menores ou num trocadilho, as "minorias profissionais" dentro de um sistema que as trate com equidade. Quando falamos de minorias profissionais queremos incluir também a "outra" saúde, que vem de outras culturas.

As profissões podem ser definidas em termos sociológicos por suas jurisdições de trabalho exclusivas, autonomia e capacidade de autorregulação. Elas são instituições sociais caracterizadas pela detenção de um patrimônio constituído por uma espécie de conhecimento complexo e abstrato, adquirido através de um longo processo de formação, geralmente nas universidades, e não acessível nas suas aplicações para o julgamento imediato pelo grande público. Os serviços que prestam

são baseados nas relações de confiança com os clientes e na integridade moral dos seus membros. Devido a isto, ao contrário de outras empresas ou atividades trabalhistas, profissões são regulamentadas, em especial modos. A prevenção de riscos à vida, à integridade, à segurança, ao bem-estar dos clientes conduz a uma forma especial de regulação denominada autorregulação, ou seja, a regulação de pares, ao invés da regulação burocrática ou da regulação do mercado. As profissões detêm legalmente o que poderia ser definido como uma propriedade privada de tipo corporativa. No Brasil, como em muitos outros países, as profissões têm muito de suas vidas regulamentadas de tal maneira.

4.1 | O Modelo Brasileiro de Regulação Profissional

A Constituição Federal (art.22, XVI) estabelece a competência exclusiva da União para legislar sobre a organização do sistema nacional de profissões. Ao Congresso Nacional (poder legislativo) compete analisar as reivindicações de regulamentação profissional depois de ouvido o Ministério que rege a área de trabalho, bem como os segmentos interessados da opinião pública, incluindo os profissionais para decidir se promulgam as leis ou não. Estas leis estabelecem basicamente o direito à prática e os âmbitos da prática de cada profissão. Elas também estabelecem as autoridades reguladoras de cada profissão (os Conselhos Profissionais, no caso de profissões autorreguladas). Cada profissão tem a sua própria e específica lei profissional.

As autoridades administrativas que participam do processo são as seguintes:

- Os ministérios substantivos que regem as suas áreas de trabalho;
- O Ministério do Trabalho e Emprego que decide sobre regulação ocupacional e trabalhista;
- O Ministério da Educação responsável pelas regras e credenciais para cada profissão.

O sistema universitário participa da educação profissional e fornece os diplomas que permitem aos graduados se registrarem em cada conselho profissional. E os conselhos profissionais registram e autorizam a prática pelos profissionais e são responsáveis pelo seu controle e disciplina. Exceto os advogados e veterinários, os demais profissionais não necessitam se submeter a um exame nacional para serem licenciados e autorizados para praticar sua profissão. É suficiente ter um diploma emitido pelas escolas profissionais e ser registrados e autorizados pelos conselhos.

O autogoverno das profissões e a atribuição a profissões autorreguladas de direitos legais exclusivos para o exercício da prática por meio de atos privados podem

ser definidos como as características essenciais do modelo brasileiro de regulação profissional.

O modelo de autogoverno tem duas peças institucionais fundamentais: leis profissionais e conselhos profissionais:

As leis profissionais determinam:

- O escopo da prática profissional que é determinado por certas leis exclusivas;
- Pré-requisitos para a habilitação legal para exercer a prática, particularmente credenciais educacionais;
- Formas institucionais e competências de autoridades profissionais reguladoras.

Profissões autogovernadas são reguladas por seus respectivos conselhos. Existem 13 leis profissionais específicas para 14 profissões de saúde.

Os Conselhos Profissionais: são autarquias (instituições que possuem poder regulatório sobre seus membros e fazem parte do Estado; um braço descentralizado do governo; uma agência do Estado Brasileiro) com autoridade regulatória. Sua missão principal é de assegurar a proteção da população e a integridade profissional. Os conselhos:

- Registram e autorizam o profissional a exercer a prática;
- Determinam as regras e os regimentos, inclusive os códigos de ética que regulam a prática de seus membros;
- Fiscalizam e disciplinam a profissão.

Atualmente existem 13 Conselhos de Saúde Federais no Brasil e cada um deles possui aproximadamente 27 Conselhos Regionais (ou Estaduais).

Entre as profissões regulamentadas no Brasil:

- 116 profissões e ocupações são regulamentadas a nível nacional;
- 44 profissões regulamentadas são de nível superior;
- 37 profissões são regulamentadas por 28 Conselhos Profissionais;
- 14 profissões de saúde regulamentadas são de nível superior e são regidas por 13 Conselhos Profissionais de Saúde.

Tabela 06. Profissões de saúde autorregulamentadas

Conselho Profissional de Saúde	Número de profissionais licenciados	Existência de ocupações subordinadas regulamentadas pelo Conselho
Médico	331.146	Não
Dentista	219.345	Sim
Psicólogos	136.024	Não
Enfermeiro	104.217	Sim
Assistentes Social	96.209	Não
Profissionais de Educação Física	164.230	Não
Farmacêutico	104.098	Sim
Veterinário	68.085	Não
Fisioterapeuta e Terapeuta ocupacional	111.250	Não
Biólogo	36.404	Não
Nutricionista	50041	Sim
Fonoaudiólogo	32.000	Não

Fonte: Conselhos Profissionais, *circa* 2008

Atualmente existe em todo país uma grande demanda — uma verdadeira pletora — para regulação, desregulação ou re-regulação profissional de determinadas ocupações. Estas demandas partem de variadas fontes e chegam a representar interesses contrários:

- O público leigo reivindica envolvimento nos conselhos de profissionais de saúde, de forma a garantir que sua opinião seja devidamente representada no processo de regulamentação;
- Gestores de serviços de saúde reivindicam um sistema mais flexível que lhes permita combinar apropriadamente habilidades e competências multiprofissionais. Isto acarretaria uma prestação de cuidado à saúde mais eficaz para atender as demandas dos pacientes, levando em consideração a disponibilidade de recursos financeiros;
- As autoridades governamentais necessitam de uma maior coordenação sobre as profissões de saúde de forma a estabelecer políticas profissionais de acordo com suas responsabilidades governamentais que abrangem princípios de eficiência, equidade, praticidade e responsabilidade;

- Profissionais de saúde e grupos ocupacionais possuem basicamente duas demandas referentes à regulamentação: expandir o direito exclusivo ou quase exclusivo do campo profissional e reconhecimento social.

É possível identificar uma dualidade nas reivindicações por regulação das profissões de saúde. Por um lado, as demandas para expandir os privilégios monopolísticos de profissões já estabilizadas e autorreguladas, como medicina, farmácia, odontologia, enfermagem, entre outras. Estas profissões reivindicam expansão de seus direitos a campos profissionais exclusivos. Por outro lado, as minorias profissionais, optométricos e parteiras, lutam por reconhecimento público e social.

Quatorze profissões não regulamentadas estão reivindicando junto ao Congresso Nacional formação superior e autorregulação, quatro destas são da área da saúde: acupuntura, optometria, musicoterapia e psicometria. Quarenta e sete ocupações de nível técnico também reivindicam regulamentação de suas atividades, dentre as quais 10 são da área da saúde: agentes comunitários de saúde, técnico de saúde bucal, técnico de nutrição, instrumentador cirúrgico, podólogos, oculista, entre outras.

As reivindicações da expansão da jurisdição profissional dizem respeito a:

- Autoridades educacionais para controlar o fluxo de entrada de profissionais no mercado de trabalho;
- Gestores de saúde, de forma a estabelecer o direito de definir padrões de prática, que permitam uma mistura de habilidades e competência, níveis hierárquicos de trabalho, etc;
- Autoridades e tomadores de decisões, para estabelecer o direito de participar nas definições de políticas de saúde;
- Profissões de saúde rivais, com o intuito de expandir seus direitos sob a profissão ao restringir a capacidade de o outro profissional praticar no campo disputado.

Essas pressões levaram o Ministério da Saúde a criar, em 2004, a Câmara de Regulação de Trabalho de Saúde (CRTS), de forma a abrir o diálogo entre o governo, os gestores de saúde, grupos profissionais e a população sobre a regulação profissional na área da saúde. Entre 2004 e 2008 o CRTS debateu projetos de Lei que foram submetidos ao Congresso Nacional por 11 ocupações profissionais.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste texto buscamos analisar e responder como está estruturada a oferta de formação e capacitação em saúde, bem como se esta oferta atende às necessidades atuais e futuras de desenvolvimento do sistema de saúde. Procuramos ainda revisar a estrutura do mercado de trabalho em saúde no Brasil e suas tendências.

Cerca de 15 mil médicos se formam anualmente no Brasil, mas há uma carência de profissionais para áreas de atenção básica. Faltam profissionais interessados em pediatria, geriatria, clínica e genética médica. Por outro lado, algumas especializações são bastante procuradas, como dermatologia, principalmente estética, oftalmologia, anestesia e cirurgia plástica. Nos últimos anos a pediatria é uma das especialidades com maior percentual de vagas não ocupadas nos programas de residência médica. O mesmo ocorre com as subespecialidades da pediatria (GIRARDI, 2010). Em relação à distribuição geográfica, não há um padrão uniforme. Algumas especialidades como a cirurgia torácica devem mesmo estar mais concentradas em regiões que estão no topo da pirâmide do sistema de saúde, enquanto as especialidades básicas, especialmente aquelas vinculadas à estratégia de saúde da família, devem ter um padrão de distribuição geográfica mais homogênea, mais universal.

Nesse sentido, há claramente uma tendência ao acirramento de desequilíbrios no mercado de trabalho em saúde e desigualdades tanto no que diz respeito às especialidades básicas no âmbito da APS quanto com relação à questão das especialidades clínicas, cirúrgicas e às especialidades de apoio *(facility-based)*, mesmo porque sua distribuição deve ser diferenciada mesmo entre regiões, tamanho e grau de desenvolvimento dos municípios, etc.

Com base em dados dos censos populacionais e dos conselhos profissionais, mantida as tendências atuais de formação e mercado de trabalho, a projeção é de crescimento da oferta e da densidade per capita de médicos e enfermeiros, como mostram os gráficos 23 e 24. Os médicos tendem a crescer dos atuais 1.7 para um valor entre 2.3 e 3.5 por 1000 habitantes enquanto as enfermeiras passariam dos atuais 0.7 para um valor entre 2.4 e 4.0 por 1000 habitantes.

Gráfico 23. Projeção da densidade per capita de médicos por 1000 habitantes, Brasil 1970–2030

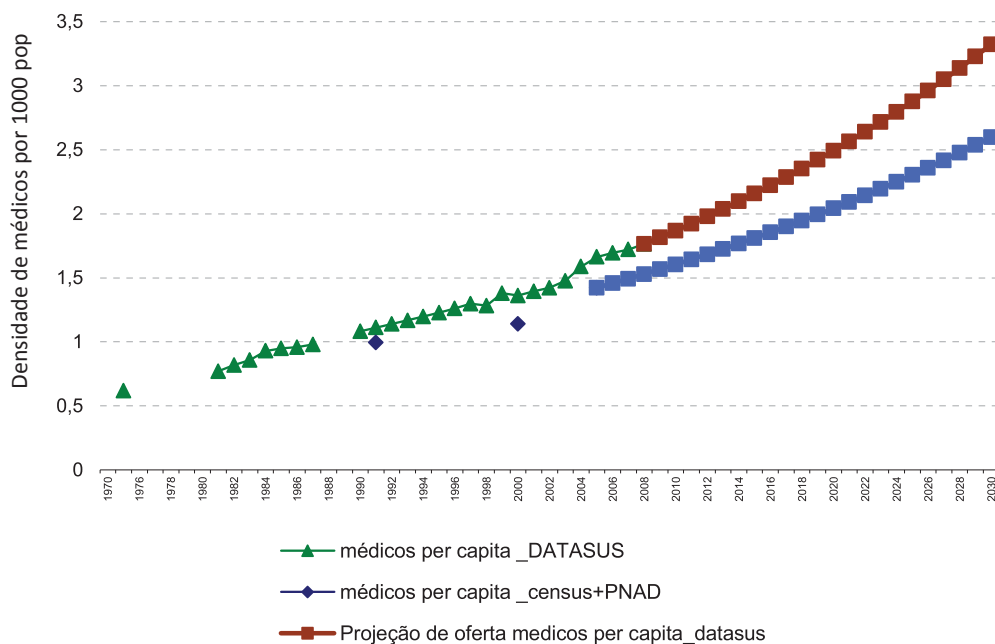
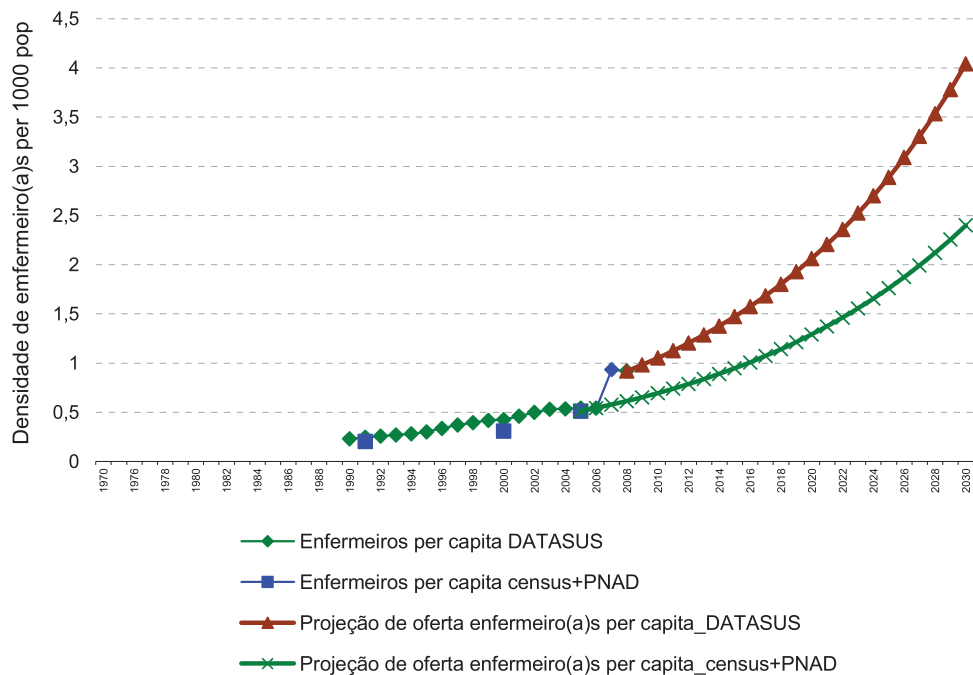



Gráfico 24. Projeção da densidade per capita de enfermeiro(a)s por 1000 habitantes, Brasil 1970–2030

Com o envelhecimento da população brasileira, a demanda por geriatras tende a aumentar. Atualmente menos de 500 profissionais são titulados anualmente em geriatria e gerontologia. Juntamente com a deficiência no quadro, a distribuição também é irregular, uma vez que a maior parte dos profissionais está nas regiões Sudeste e Sul do país. O Norte é onde há maior carência, seguida pelo Nordeste e Centro-Oeste. No entanto, em 2030, serão 40 milhões de idosos, o que faz com que a geriatria seja essencial para a qualidade de vida de parte significativa da população brasileira. Nessa área da atenção ao idoso, o Brasil vai precisar capacitar também outros profissionais tais como fisioterapeuta, enfermeiros, odontogeriatras.

Registre-se que o Brasil é um dos poucos países que tem políticas intersetoriais para reformar graduação e residência, mas aparentemente, tais iniciativas ainda são incipientes diante da demanda.

O processo de regulação profissional, entendido como uma política pública é uma parte fundamental das políticas de saúde. Neste contexto, as demandas atuais e futuras dos grupos profissionais para regular suas atividades devem ser consideradas à luz de alguns princípios, como eficiência, equidade, praticidade e responsabilidade, em nome do interesse da população.

Dentre os principais determinantes que conduzem as novas exigências para regulamentação profissional podemos citar:

- A democratização do país, que tem permitido o surgimento de novos grupos profissionais que exigem, pelo menos, igualdade de tratamento e justiça do trabalho. A população que também reivindica participação em assuntos da esfera profissional.
- Avanços tecnológicos, que demandam trabalhos inter e multidisciplinar e transparência profissional.
- O desenvolvimento de novas formas de prestação de cuidados à saúde, como a Estratégia de Saúde da Família, que integra uma equipe multidisciplinar dentro de ambientes comunitários, requerendo o compartilhamento do escopo da prática.

Existe uma necessidade em alcançar um equilíbrio entre o interesse da população e a variedade de reivindicações por regulação profissional — eventualmente rivais — e conflitantes entre si.

Nesse sentido, a tendência em muitos países é de alterar o sistema que atribui direitos exclusivos de prática de forma a manter e combinar a autorregulação das profissões com o compartilhamento dos direitos de prática, ou seja, escopos de prática mais exclusivos ou mais compartilhados entre as profissões, o que pode implicar

em variações significativas nas necessidades de médicos e enfermeiros, por exemplo, no futuro próximo, vários países já tomaram passos importantes nesta direção, com mecanismos que podem ser adaptados à situação brasileira.

Apesar das dificuldades de previsão sobre as políticas e elas valem inclusive para as projeções, particularmente no que diz respeito às possíveis mudanças na regulação profissional, a partir do que queremos para 2030, a implementação dessa agenda exige o planejamento de largo prazo. Por exemplo, mudanças nos marcos legais passam pelo Congresso, envolvem órgãos de controle (Ministério Públicos e Tribunal de Contas), o judiciário etc. Este tipo de ação, em geral, ultrapassa os tempos dos mandatos do executivo. Mas são ações que devem ser iniciadas já. Dentre as tendências futuras de regulação profissional se incluem:

- Revisão do quadro legal de regulamentação profissional;
- Revisão das formas institucionais e das estruturas de regulamentação profissional;
- Revisão dos escopos de prática das profissões regulamentadas e das novas que atualmente lutam por reconhecimento;
- Avaliação do modelo de autorregulação brasileira e, se for o caso, propor alternativas a este modelo.

6 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. SICON. Sistema de Informações do Congresso Nacional. **Prodasen**, Senado Federal, Brasil, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**, Brasil, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **Mais saúde:** direito de todos: 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. — 4. Ed. — Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 132 p. — (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

DAL POZ, MR, GUPTA, N, QUAIN, EE, SOUCAT, ALB. **Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health, with special applications for low- and middle-income countries.** ed 1. vol 1, 192 p. Geneva: World Health Organization.

DAL POZ, MR. Understanding women's contribution to the health workforce. **Lancet**, v.371, 641-642, 2008.

DI PIETRO, MSZ. **Direito Regulatório:** Temas Polêmicos, Belo Horizonte: Forum, 2003.

DUSSAULT, G, FRONTEIRA, I, PRYTHERCH, H., DAL POZ, MR, NGOMA, D, LUNGUZI, J, WYSS, K. **Scaling Up the Stock of Health Workers:** a review. vols 1, p. 50. Geneva: ICHRN — International Centre for Human Resources in Nursing. 2009.

FREIDSON, E. **Professionalism, the third logic:** on the practice of knowledge. Chicago: The University of Chicago Press; 2001. 240p.

GAROUPA N. **Regulation of Professions in the US and Europe:** A Comparative Analysis. CEPR, London. April 2004 [http://law.bepress.com/alea/14th/art42].

GIRARDI S. N. (coord.); CARVALHO, CL; FARAH, JM; ARAUJO, JF; FERREIRA, JCL; MAAS, LWD; FERREIRA, LHS. **Levantamento sobre a Desprecarização do trabalho em saúde no Brasil — 1992 a 2008**. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte, 2010.

GIRARDI, S. N. Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde.** Natal: EDUFRN, p. 125-150, 1999.

GIRARDI, SN. (coord). **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde.** NESCON. FM. UFMG. Belo Horizonte, Março 2009.

GIRARDI, SN. **Demandas de mudança na regulação do Trabalho e das profissões de saúde nos EUA e Canadá.** Informe de Pesquisa, OPAS, Washington DC, 1999.

GIRARDI, SN. Dilemas da Regulamentação Profissional em Saúde: Questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo,** n. 15, 2002, pp 67-85, 2002.

GUPTA, N, DAL POZ, MR. Assessment of human resources for health using cross-national comparison of facility surveys in six countries. **Human Resources for Health**, v.7, 22, 2009 [http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-4491-7-22.pdf].

HEALTH PROFESSIONS REGULATORY ADVISORY COUNCIL. **Regulation of Health Professions in Ontario:** New Directions. A Report to the Minister of Health and Long-Term Care on Regulatory Issues and Matters respecting Health Care Practitioners, Patients and Clients. 2006 [http://www.hprac.org/en/reports/resources/New_Directions_April_2006_EN.pdf].

KINFU, Y, DAL POZ, MR, MERCER, HS, EVANS, DB. The health worker shortage in Africa: are enough physicians and nurses being trained? **Bulletin of the World Health Organization**, v.87, 225-230, 2009.

MOREIRA, V. **Auto-regulação profissional e Administração Pública.** Coimbra: Almedinam. 1997.

NOGUEIRA, RP. **A saúde do avesso.** Natal: Seminare Editora, 2003, 260pp.

ONTARIO. HEALTH PROFESSIONS LEGISLATION REVIEW. **Striking a new balance:** a blueprint for the regulation of Ontario's health professions: recommendations of the Health Professions Legislation Review. The Review, 1989. 349 p. Pew Health Professions Commission. Critical challenges: Revitalizing the health professions for the twenty-first century. San Francisco: UCSF Center for the Health Professions. 1995 [http://www.futurehealth.ucsf.edu/Content/29/1995-12_Critical_Challenges_Revitalizing_the_Health_Professions_for_the_Twenty-First_Century.pdf].

PIERANTONI, CR e VIANNA, AL (Orgs.). **Educação e Saúde.** São Paulo — SP: Hucitec, 2010. 239p.

PIERANTONI, CR; HADDAD, AE; RISTOFF, D; XAVIER, IM; GIOLO, J; SILVA, LB (Orgs.). **A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde 1991 - 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 1. 531 p.

PIERANTONI, CR; FRANÇA, T; MAGNAGO, C; NASCIMENTO, DN; MIRANDA, RG. **Graduações em Saúde no Brasil:** 2000 - 2010. 1. Rio de Janeiro: CEPESC, 2012. v. 1. 228p.

PIERANTONI, CR; MACHADO, MH; FERREIRA, JR; ABRANZON, M; CAMPOS, E (Organizadores). **Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul.** Brasília-DF: Europa, 2008. 228 p.

PIERANTONI, CR; VARELLA, TC; FRANÇA, TA. A Formação Médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos Sistemas de Saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 91-102, 2006.

PIERANTONI, CR; VARELLA, TC; SANTOS, MR; FRANÇA, T; GARCIA, AC P. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 685-704, 2008.

SCHEFFLER, RM, LIU, JX, KINFU, Y, DAL POZ, MR. Forecasting the global shortage of physicians: an economic- and needs-based approach. **Bulletin of the World Health Organization**, v.86, 516-523, 2008.

SOUSA, A ; DAL POZ, MR ; HILL, K. Sub-national assessment of inequality trends in neonatal and child mortality in Brazil. **International Journal of Equity in Health**, v. 9, p. 21, 2010. [http://www.equityhealthj.com/content/9/1/21].

VARELLA, TC.; PIERANTONI, CR. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Physis. Revista de Saúde Coletiva,** v. 18, p. 521-544, 2008.

WOLFSON, AD., TREBILCOCK, MJ and TUOHY, CJ. Regulating the professions: A theoretical framework. In ROTTENBERG, S (Ed.), **Occupational licensure and regulation.** Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research. 1980.

Anexo: Indicadores gerais de estoque de médicos por especialidade - BRASIL, dezembro de 2010

ESPECIALIDADES	Nº de profissionais exercendo a especialidade	Nº de profissionais por 100 mil hab.	Nº de vínculos em estab. de saúde	Média de vínculos por profissional	Carga horária semanal total	Nº de médicos equivalente a tempo integral (FTE)
Médico acupunturista	1,409	0.74	1,708	1.21	23,650	591.25
Médico alergista e imunologista	1,356	0.71	2,059	1.52	26,927	673.18
Médico anatomopatologista	1,929	1.01	3,657	1.90	57,588	1,439.70
Médico anestesiologista	16,962	8.89	39,313	2.32	568,086	14,202.15
Médico angiologista	2,741	1.44	5,455	1.99	49,604	1,240.10
Médico cardiologista	17,549	9.20	40,261	2.29	499,076	12,476.90
Médico-cirurgião cardiovascular	4,598	2.41	8,886	1.93	90,413	2,260.33
Médico-cirurgião de cabeça e pescoço	1,393	0.73	2,791	2.00	26,529	663.23
Médico-cirurgião do aparelho digestivo	2,833	1.49	3,970	1.40	37,195	929.88
Médico-cirurgião geral	35,391	18.56	59,400	1.68	634,681	15,867.03
Médico-cirurgião pediátrico	2,135	1.12	4,988	2.34	59,332	1,483.30
Médico-cirurgião plástico	4,662	2.44	9,830	2.11	112,177	2,804.43
Médico-cirurgião torácico	1,212	0.64	2,657	2.19	27,405	685.13
Médico citopatologista	1,390	0.73	2,061	1.48	27,842	696.05
Médico clínico	118,318	62.03	187,699	1.59	2,655,041	66,376.03
Médico de saúde da família	34,828	18.26	36,794	1.06	1,449,233	36,230.83
Médico dermatologista	7,202	3.78	13,614	1.89	198,861	4,971.53
Médico do trabalho	3,706	1.94	4,265	1.15	58,884	1,472.10
Médico em eletroencefalografia	62,000	0.03	64,000	1.03	882,000	22.05
Médico em endoscopia	3,803	1.99	6,460	1.70	69,968	1,749.20
Médico em medicina de tráfego	82,000	0.04	83,000	1.01	1,334	33.35
Médico em medicina intensiva	9,711	5.09	12,582	1.30	200,767	5,019.18
Médico em medicina nuclear	736,000	0.39	1,315	1.79	21,370	534.25
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	15,036	7.88	32,405	2.16	442,059	11,051.48
Médico endocrinologista e metabologista	4,617	2.42	8,937	1.94	122,689	3,067.23

ESPECIALIDADES	Nº de profissionais exercendo a especialidade	Nº de profissionais por 100 mil hab.	Nº de vínculos em estab. de saúde	Média de vínculos por profissional	Carga horária semanal total	Nº de médicos equivalente a tempo integral (FTE)
Médico fisiatra	826,000	0.43	1,298	1.57	20,969	524.23
Médico foniatra	51,000	0.03	53,000	1.04	674,000	16.85
Médico gastroenterologista	6,695	3.51	11,911	1.78	131,550	3,288.75
Médico generalista	1,246	0.65	1,283	1.03	16,416	410.40
Médico geneticista	267,000	0.14	360,000	1.35	6,306	157.65
Médico geriatra	1,986	1.04	3,032	1.53	38,642	966.05
Médico ginecologista e obstetra	33,039	17.32	85,542	2.59	1,130,094	28,252.35
Médico hematologista	2,372	1.24	5,116	2.16	68,347	1,708.68
Médico hemoterapeuta	1,113	0.58	1,603	1.44	22,524	563.10
Médico homeopata	1,417	0.74	1,754	1.24	24,639	615.98
Médico infectologista	2,962	1.55	5,666	1.91	91,115	2,277.88
Médico legista	49,000	0.03	55,000	1.12	981,000	24.53
Médico mastologista	2,190	1.15	4,237	1.93	43,955	1,098.88
Médico nefrologista	3,923	2.06	9,741	2.48	140,817	3,520.43
Médico neurocirurgião	3,286	1.72	8,011	2.44	100,211	2,505.28
Médico neurofisiologista	223,000	0.12	250,000	1.12	3,651	91.28
Médico neurologista	6,758	3.54	15,457	2.29	185,209	4,630.23
Médico nutrologista	385,000	0.20	507,000	1.32	6,101	152.53
Médico oftalmologista	11,547	6.05	29,531	2.56	429,813	10,745.33
Médico oncologista	3,860	2.02	6,460	1.67	69,948	1,748.70
Médico ortopedista e traumatologista	14,462	7.58	42,981	2.97	571,640	14,291.00
Médico otorrinolaringologista	5,778	3.03	16,014	2.77	202,664	5,066.60
Médico patologista clínico	2,184	1.15	3,395	1.55	53,677	1,341.93
Médico pediatra	38,197	20.03	83,567	2.19	1,299,917	32,497.93

Médico perito	334,000	0.18	346,000	1.04	4,585	114.63
Médico pneumologista	3,898	2.04	7,863	2.02	98,578	2,464.45
Médico proctologista	1,991	1.04	3,972	1.99	40,978	1,024.45
Médico psiquiatra	7,873	4.13	16,929	2.15	292,826	7,320.65
Médico rádio terapeuta	754,000	0.40	1,270	1.68	21,805	545.13
Médico reumatologista	1,986	1.04	3,898	1.96	52,937	1,323.43
Médico sanitarista	1,250	0.66	1,411	1.13	29,748	743.70
Médico urologista	4,974	2.61	16,006	3.22	179,716	4,492.90
Médico broncoesofalogista	237,000	0.12	268,000	1.13	2,957	73.93
Médico hanseologista	367,000	0.19	395,000	1.08	4,607	115.18
Médico-cirurgião vascular	3,696	1.94	6,966	1.88	74,229	1,855.73
Médico cancerologista pediátrico	409,000	0.21	515,000	1.26	6,897	172.43
Médico cancerologista cirúrgico	1,853	0.97	2,445	1.32	20,084	502.10
Médico cancerologista clínico	1,946	1.02	2,890	1.49	29,498	737.45
Médico em medicina de família e comunidade	86,000	0.05	90,000	1.05	2,211	55.28
Médico em medicina preventiva e social	46,000	0.02	47,000	1.02	916,000	22.90
Médico residente	11,296	5.92	12,869	1.14	496,993	12,424.83
Médico cardiologista intervencionista	53,000	0.03	60,000	1.13	1,047	26.18
TOTAL*	**283,145**	**148.45**	**907,318**	**3.2**	**13,482,065**	**337,051.63**

Fonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

*O total de profissionais não corresponde à soma de profissionais exercendo cada especialidade, já que um mesmo médico pode exercer mais de uma especialidade.

Participação e Controle Social em Saúde

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

Ana Maria Costa
Natália Aurélio Vieira

1 | INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 inovou ao garantir a participação social na gestão das políticas sociais. O setor saúde destaca-se nesse processo, não apenas pelo aspecto da institucionalização dos espaços participativos como também pela sua ampliação para todo o território nacional. A saúde é objeto de ação e demanda dos movimentos sociais desde os anos 60, o que forneceu as bases para a cultura setorial de participação social.

A institucionalização da participação social, que se materializa em Conselhos e Conferências de Saúde, tem como intenção introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável a presença e ação da sociedade. Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade para que, em tese, prevaleça o interesse público. Para conferir sentido à esfera coletiva de decisão é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os atores e que deva ser baseada na construção de consensos que visam o melhor para a coletividade.

O conceito subjacente à introdução de novas instâncias de participação com capacidade de provocar mudanças na configuração democrática do Estado deriva da combinação entre os mecanismos da democracia representativa e da democracia participativa. Nessa perspectiva, trata-se de espaços não somente de inclusão e de igualdade, mas especialmente, de promoção de autonomia dos atores sociais.

O modelo participativo em saúde não é exatamente o da democracia direta nos moldes da *polis* da Grécia Antiga, na qual todos os cidadãos tinham direito a voz e voto. O modelo adotado de participação utiliza elementos da teoria democrática representativa na escolha de representantes e, para isso importa desse modelo a iniciativa do processo eleitoral, geralmente realizado na forma do voto.

Para assegurar que a pluralidade de atores da sociedade esteja presente no processo de participação, esta não deve se limitar à ação dos representantes, mas também criar oportunidades para que representados possam agir no espaço público. O processo participativo difere do modelo democrático representativo tradicional schumpeteriano (SCHUMPETER, 1984), caracterizado pela aposta na apatia política dos integrantes da sociedade. Nesse caso, cabe aos cidadãos somente a escolha entre alternativas para o governo. O novo modelo de democracia participativa que se configura com a participação social privilegia a capacidade dos indivíduos e grupos sociais se organizarem coletivamente e influírem constitutivamente no Estado.

Trata-se da concepção de cidadania ativa, na qual os representantes são politicamente iguais e capazes de trazer para o interior dos fóruns de participação as diversas "expressões de diversidade" da sociedade. Esse formato diferenciado de organização, que não se funda em partidos políticos, mas em modelos de organização social diferenciados, tais como associações de bairro, entidades ou movimentos sociais, devem ser "espaços vivos para a produção de novas definições e práticas para a resolução de problemas". (ABERS & KECK, 2008)

Lígia Lüchmann (2007) reforça a análise acerca do significado dessa inovação que comporta elementos do modelo representativo e do participativo, tendo como resultante um novo desenho institucional capaz de dar um caráter mais democrático para o Estado:

> *a partir do incremento de experiências participativas no Brasil neste último par de décadas, [sugere-se que] as relações entre representação e participação são muito menos que oposição, (...) [mas sim] instrumentos [que] estabelecem combinações e articulações que desenham um processo de concomitante inovação e reprodução das práticas políticas e orientações político-institucionais. Será, portanto, o fenômeno da representação no interior da participação* (LÜCHMANN, 2007: 140).

O fenômeno se estabelece a partir das lutas mais amplas dos atores sociais para conseguirem aumentar o poder frente ao Estado e transformar as suas práticas. Tomando como referência a experiência de participação e controle social que vem sendo construída no setor saúde nas últimas décadas, esse trabalho apresenta os elementos que criaram as condições sociais e políticas para os avanços, identifica e analisa alguns aspectos positivos e negativos da experiência, apontando desafios para o aprofundamento da democracia participativa, participação e controle social em saúde para os próximos anos. Para tanto, o estudo se apoia em conceitos da Ciência Política para analisar o contexto e a evolução histórica desse processo. A partir de entrevistas realizadas com atores, ativistas e estudiosos envolvidos na temática da participação

social, foram delineadas duas vertentes para a análise prospectiva, apresentadas no final desse texto.

2 | PARTICIPAÇÃO SOCIAL, MOVIMENTO SANITÁRIO: REVISITANDO AS BASES HISTÓRICAS

A análise da trajetória dos "instituintes e instituições" na luta pelo direito a saúde no Brasil permite identificar as categorias conceituais e as consequentes projeções institucionais sobre as propostas de participação social que estiveram presentes no processo da reforma sanitária desde a sua origem até o presente. A participação comunitária na saúde está na origem da reforma sanitária brasileira perpassando duas ideias de participação: a vertente ideológica e a pragmática (CARVALHO, 1997). A ideia de participação esteve presente na estratégia de implantação dos centros comunitários de saúde norte-americanos no início do século XX e, mais tarde, "desenvolvimento e participação da comunidade" passam a integrar o conjunto das estratégicas políticas de cooperação dos Estados Unidos para os países latino-americanos. No Brasil, os projetos Docentes-Assistenciais dos anos 60 e 70 caracterizam bem esse processo.

A partir da década de 50 o modelo de proteção social brasileiro apresentava duas linhas principais de atuação, conforme destaca Fleury (2009). Uma delas é de natureza assistencial, tendo por objetivo atender aos mais pobres, numa perspectiva caritativa baseada no trabalho voluntariado, estruturado de maneira pulverizada e descontínua. Para a autora, trata-se de uma relação que não configura um direito social, mas tão somente medidas compensatórias que são definidas como uma "cidadania invertida" já que os beneficiados só podem receber a proteção social se fracassaram no mercado de trabalho. A outra linha é o modelo de seguro social, em que os beneficiários são aqueles que estão inseridos na estrutura produtiva, de acordo com as categorias profissionais, em um processo denominado por Santos (1979) de "cidadania regulada". O acesso aos benefícios, mesmo para esses grupos, era diferenciado entre as diversas categorias profissionais, dependente das relações corporativas e de pressão sobre o governo que determinavam aqueles que recebiam mais ou menos benefícios.

Nesse período se instala no país um modelo médico assistencial baseado no exercício liberal da medicina, conferindo pouca importância à prevenção e promoção da saúde. Em meados da década de 60 e mais fortemente na década de 70, começa a reaparecer a preocupação com a saúde coletiva da população, influenciada pelo conceito da determinação social da saúde. Em 1963, na 3ª Conferência Nacional da Saúde, foram retomados os debates sobre a saúde pública. Como consequência, surgiram inovações nos currículos de cursos de medicina e são criados primeiros departamentos de medicina preventiva e social. Carvalho (2007) ressalta que, tanto no campo teórico, quanto no campo prático, as correntes da Medicina Preventiva e da

Medicina Comunitária tentam "romper com a tradição higienista e curativa dominante". O projeto para a saúde passa a ser a construção de um novo modelo que não se restrinja aos aspectos relacionados à enfermidade-cura, mas abarca a prevenção, incorporando a "atenção simplificada à saúde e a participação comunitária" (CARVALHO, 2007).

Em 1978, foi realizada a Conferência de Alma Ata que representou um marco no campo da saúde, pois trouxe para o debate na Organização Mundial da Saúde questões até então restritas a experiências desenvolvidas em alguns territórios nacionais. As desigualdades na evolução dos índices relacionados à saúde entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento passam a níveis extremos no período. Na Conferência, os países membros das Nações Unidas assumem uma série de compromissos tendo como meta garantir "Saúde para todos até o ano 2000". Os compromissos assumidos vislumbraram aspectos mais profundos da própria concepção de saúde, que adquire uma conotação não somente de ausência de doenças, mas um direito humano fundamental, alicerçado em "um completo bem-estar físico, mental e social". O enfoque passa a ser a atenção primária, incluindo uma ideia diferenciada de "participação social e comunitária no planejamento da saúde".

Com o intuito de alcançar os objetivos e metas estabelecidos em Alma Ata, foi determinado o redirecionamento das ações desenvolvidas pelas agências multilaterais de cooperação ao longo das décadas de 1970 e 1980. A orientação passa a ser promover a participação da comunidade vinculada à extensão de cobertura de serviços às populações. Essas orientações repercutiram no Brasil, de tal forma que em 1975, a 5ª Conferência Nacional de Saúde, "(...) teve o efeito de legitimar, em uma base suficiente e necessária, as propostas que envolviam a atenção à saúde das populações marginais, com a participação dessas populações" (ESCOREL, 1998: 61).

No Brasil, o referencial para a construção da participação social na saúde teve influência do debate e da conjuntura internacional. Entretanto, as experiências e contexto interno conferiram particularidades as propostas que foram implementadas. A década de 80 é marcada não só pela queda do regime militar, mas pela efervescência dos movimentos sociais, tais como o movimento estudantil, o de mulheres, o de moradores, bem como as experiências das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e o posicionamento de entidades de representação de profissionais liberais, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) pelas liberdades democráticas, que exigiam a redemocratização do Estado. Em consonância com isso, o movimento em prol de sistemas nacionais e públicos de saúde se organizou no Brasil em torno do projeto política da reforma sanitária, constituindo pela Reforma Sanitária.

Desde sempre, pode ser identificado no setor Saúde, dois modelos, um relacionado ao "modo liberal-privado" de cunho hospitalocêntrico que, segundo Campos (2007: 1867), está no centro dos interesses dos prestadores privados de Saúde e setores mais conservadores da sociedade, vinculados ao mercado e ao capital. O outro modelo se baseia na Saúde Comunitária e Preventivista, ou seja, a "Tradição dos

Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde" que tem seu apoio na luta dos trabalhadores em prol de políticas públicas universais, nos moldes socialistas (CAMPOS, 2007: 1868). Estes últimos assentam suas demandas e propostas, conforme destaca Carvalho (2007: 98-100), em práticas de saúde que (1) tenham um caráter educativo e anterior à própria doença (Preventivista), (2) privilegiando-se o papel da atenção simplificada à saúde e da participação comunitária (Saúde Comunitária).

> *Dessa forma, a Saúde Coletiva insere o debate a respeito do campo da saúde no plano das políticas sociais, aproximando-o 'das idéias de cidadania e democracia ao consolidar seus compromissos com a universalidade e com a equidade'. Este campo, até então 'científico e neutro', buscará traduzir a ação social e a política no seu arsenal de práticas terapêuticas. O pensamento em saúde 'contamina-se pelo político, demarcando, no processo, um campo teórico e prático substancialmente diferente dos que o precederam.* (CARVALHO, 2007: 103).

Entre 1974 e 1988, os atores que integravam o movimento sanitário começam a ocupar lugares estratégicos dentro e fora das instituições de governo, com o objetivo de influenciar e promover a reorganização do Estado e a reforma do sistema de saúde. Segundo Carvalho (2007), durante a década de 80, os "dirigentes do campo progressista passam a ocupar postos de direção em instituições governamentais, assumindo cargos de escalões superiores do Ministério da Saúde e da Previdência Social" (p. 104). Desta forma, esses atores passam a influir significativamente na estrutura burocrática a fim de trazer modificações para a forma de condução das políticas de saúde. Além disso, a militância de médicos, sanitaristas e demais profissionais da saúde foi ao encontro de um movimento maior de mobilização social que estava sendo conduzido no interior da sociedade. O resultado foi a produção de um pensamento crítico sobre saúde para alicerçar as bases do novo projeto político da reforma sanitária.

A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, teve importante significado no adensamento e sistematização do debate. O CEBES produz o documento "A questão democrática da Saúde", apresentado no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, em 1979, no qual denuncia a piora dos níveis de saúde da população na última década e analisa a crise de qualidade da assistência médica brasileira em decorrência da má-gestão e corrupção presente no sistema. Por fim, o CEBES constata que as práticas adotadas pelos dirigentes tinham o objetivo de privilegiar o setor empresarial médico, interessado na mercantilização da saúde, enquanto a massa da população sofria com a má qualidade dos serviços.

Apresentando uma lista de contribuições para o debate, o CEBES defende o caráter mais democrático na saúde, e nas relações entre sociedade e Estado. Nessa

perspectiva, propõe que todos deverão ter o direito inalienável à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde, que deve ser descentralizado, com financiamento garantido e com a participação popular nas decisões sobre saúde (CEBES, 2008 [1980]).

O mal estar entre os médicos foi decorrência das mudanças no nível da autonomia desses profissionais, agregado a mecanismos de subcontratatação, privatização e mercantilização na prática médica. Como consequência, ocorreu a eleição das maiores e mais representativas entidades dos movimentos médicos de dirigentes políticos aliados com o campo político progressista. Estas entidades, à época, tiveram importante papel no processo de democratização do país e no movimento pela reforma sanitária.

Bahia et al (2006) ressaltam que a procedência e motivações do movimento social e do movimento médico são bastante distintas, embora em ambos predominasse uma orientação de esquerda, fundada na concepção da saúde como direito dos cidadãos e um dever do Estado.

> *Em suas origens, o movimento social pela saúde [MOPS] localizava-se principalmente nos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Compunha-se de médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos e das populações carentes agrupadas em torno das sociedades vicinais e de experiências comunitárias católicas em bairros das periferias urbanas e favelas* (GERSCHAMN, 1995: 71 apud BAHIA et Al 2006).
>
> *(...) ocorreu uma perda de autonomia dos médicos. (...) A resistência dos médicos às transformações no processo de trabalho, ao assalariamento maciço e proletarização da categoria não se fez esperar e na década de 70 a corporação médica nucleada em torno da chapa Movimento de Renovação Médica (REME) que vinha conquistando as direções das entidades médicas, começou a ter singular importância no seio da categoria médica* (GERSCHAMN, 1995: 105 apud BAHIA et Al 2006).

A abordagem baseada no conceito da determinação social da saúde, assim como o inovador projeto de modelo assistencial, parte da negação da naturalização da doença que fundamenta a lógica biomédica e é fruto dos debates e formulações realizados por diversos grupos nacionais e latino-americanos orientados por linhas teóricas, políticas e ideológicas, articuladas em torno do marxismo.

As polêmicas acerca das concepções sobre a participação social desdobraram e incidiram nos debates sobre o tema que aconteceram na 7ª Conferência Nacional de Saúde em 1980, na qual podem ser identificadas duas posições em

disputa: a funcionalista que deposita na participação comunitária a expectativa de resolver o problema dos grupos que se mantêm marginais ao processo do crescimento do país, mantendo-se intacta a questão do desenvolvimento sócia; e a participação como instrumento de democratização a qual busca novos canais de expressão e de oportunidades de confronto entre os grupos sociais, com a intenção de influir no processo de contínua mudança a que está sujeita a vida e o desenvolvimento social no país.

O Movimento da Reforma Sanitária defendeu e incorporou a concepção de participação comunitária vinculada à democratização. É por isso que a participação social é tida como fundamental no processo de produção de saúde, surge como um princípio para o novo modelo proposto aliada à universalidade e integralidade, referida, respectivamente, a noção de direito à saúde e de qualidade do processo de cuidado.

3 | A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE NA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL

Considerada como marco das mudanças da saúde no Brasil, essa foi a primeira conferência de saúde com participação e representação popular, antecedida por ampla mobilização em todo o território nacional. Contou com mais de 4.000 participantes em Brasília, e propôs não só uma reforma administrativa e financeira setorial, mas que a saúde fosse considerada como um direito universal e resultante das condições de vida e do acesso às políticas sociais.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o então Ministro da Saúde, Roberto Santos, afirma que a participação social vem em resposta “a concentração de poder político, econômico e administrativo” de governos anteriores, acentuando as expectativas em seu discurso das futuras mudanças que viriam na ordem jurídico-legal, proporcionada pela assembleia constituinte, após a prolongada permanência dos militares no poder.

O trecho abaixo de Jairnilson Paim, um dos representantes do movimento sanitário, durante a 8ª conferência nacional de saúde, explicita a nova concepção de democracia e cidadania que estava sendo debatida e construída naquele contexto:

> *(...) com referência aos cidadãos, a noção de direito a saúde pode elevar a sua consciência sanitária traduzindo-se em lutas pela sua inscrição no texto constitucional e em legislação específica e pela redefinição das políticas de saúde com vistas à equidade e a democratização. Dispõe ainda de um potencial de mobilização de vontades no interior dos movimentos sociais, do Parlamento, das instituições e de partidos políticos que propugnam pela modernização da sociedade ou pela sua transformação. (...) Para que o direito*

> *a saúde e a democracia não sejam palavras gastas e vazias, o momento histórico requer a ação de um protagonismo fundamental e insubstituível: o povo.* (BRASIL, 1987)

Interessante registrar a variação da acepção sobre a participação popular que se explicita nos debates da Conferência. Conforme destaca Costa, Bahia & Modesto (2007), de um lado, a participação destinada à construção e luta pela democratização, pela consciência sanitária e fortalecimento político. Do outro, como recurso dos excluídos, para a defesa do acesso aos serviços e corresponsabilidade nos cuidados de saúde: "A participação é o principal instrumento de avanços para conquistas verdadeiras das populações carentes" (YUNES, 1987). Observa-se, entretanto, que no debate sobre a participação popular esta foi firmada como sendo "a participação de todos", "participação de todos os segmentos" em "todos" os âmbitos do sistema: formulação e definição de políticas e das prioridades, no planejamento, na gestão e na avaliação. Isso significa que prevaleceu a concepção sobre a participação como princípio e como direito por meio do qual a sociedade decide sobre seu futuro e não como mero requisito para aumentar os recursos assistenciais de grupos populacionais excluídos.

Bahia e al (2006) destacam que o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde faz alusões à participação social em todos os temas aprovados pelos delegados. No tema a "Saúde como Direito", encontram-se trechos como "a debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde" e recomendações tais como a "participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde" bem como o estímulo "à participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado". Na mesma direção, no relatório sobre a "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde", sublinhou-se a forma institucional de participação:

> *deverão também ser formados conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde* (BRASIL, 1987).

O texto constitucional, que foi aprovado dois anos depois, confere estatuto à participação no social e reafirma o papel do movimento sanitário na condução das

propostas de mudança do sistema de saúde. A participação da sociedade foi instituída nas conferências e nos conselhos de saúde, cujo papel tem o sentido imprescindível de transformação nas relações entre os atores no estado, tornando mais democrática a gestão pública.

4 | A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA GESTÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Não restrita ao setor Saúde, a participação social passa a representar um elemento estruturante nas políticas sociais no período pós-constituinte e sua análise oferece elementos relevantes acerca do debate atual sobre políticas públicas, tanto no que se refere à sua institucionalização, execução, ou como estratégia para o enfrentamento das desigualdades sociais. Além da criação dos conselhos de políticas sociais, proliferam hoje no país outras formas de participação social na prestação de serviços e na gestão do social como resultado do fortalecimento de um movimento iniciado nos anos oitenta (SILVA, JACCOUD & BEGHIN, 2005)

A inovação ocorrida no Brasil transforma a participação social em um dos mecanismos institucionais para a garantia dos direitos sociais e da proteção social contra os riscos e vulnerabilidades. No contexto atual, a sua prática deve ser analisada como um processo heterogêneo. Nas intenções e sentidos originais, a participação social, concebida para a defesa dos direitos sociais, da proteção social e da democracia, está baseada na democratização e transparência do sistema decisório, maior aproximação das demandas populares com repercussão sobre a equidade nas políticas públicas e alargamento da presença da sociedade nas ações estatais, ampliando os direitos e a execução de ações para atender ao interesse público (SILVA, JACCOUD & BEGHIN, 2005).

O processo de participação é diverso e nem sempre retilíneo em relação aos avanços esperados dependente das decisões e atitudes das instituições e de uma sociedade ativa e propositiva. Identifica-se a confluência de dois projetos políticos distintos acerca da participação sócia no país que têm em comum a expectativa sobre a presença ativa da sociedade. Um é o projeto neoliberal que busca garantir o Estado Mínimo, diminuindo a sua presença e transferindo responsabilidades, principalmente da área social, para a Sociedade Civil. O outro é o projeto político que nasce da luta contra a ditadura militar, que nos anos 80 se mobiliza pela redemocratização do Estado, propondo a participação da sociedade nas tomadas de decisão. Nessa perspectiva, a participação social se aproxima do conceito de "cidadania ativa,", ou seja, aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, especialmente como criador de direitos para abrir novos espaços de participação política (BENEVIDES, 1994).

A confluência desses dois projetos, que têm como objetivo comum a participação da sociedade, mas que apresentam origens ideológicas e interesses

distintos, Evelina Dagnino (2004) nomeia de *confluência perversa*. Com isso, ao identificar as constantes disputas que estão sendo travadas no campo político e sobre as quais são inadequadas as conclusões simplistas, a autora esclarece:

> *... a coincidência na exigência de uma sociedade civil ativa e propositiva, que estes dois projetos antagônicos apresentam, é, de fato, emblemática de uma série de outras "coincidências" no nível do discurso, referências comuns que, examinadas com cuidado, escondem distinções e divergências fundamentais. Assim, o que essa "confluência perversa" determina é um obscurecimento dessas distinções e divergências, por meio de um vocabulário comum e de procedimentos e mecanismos institucionais que guardam uma similaridade significativa*. DAGNINO, 2004. P. 99)

As diferenças entre os dois projetos de participação social merecem ser bem marcadas. Se de um lado a participação deveria ter o papel muito mais incisivo tanto de formulação de políticas públicas e no fomento à participação política de atores historicamente excluídos, o modelo neoliberal dá outro significado ao restringir a participação da sociedade a implementação e execução de ações e programas vinculados às políticas públicas. No contexto das diferenças, no primeiro caso um dos objetivos é trazer a sociedade às arenas de participação e à pratica da política, enquanto o modelo neoliberal ressignifica extraindo o caráter político da participação, transformando-a em "participação voluntária", perdendo, dessa forma, a oportunidade do debate politico (DAGNINO, 2004).

A redução da dimensão e capacidade de intervenção estatal na economia e na formulação e implantação de políticas públicas, aliada à redução da legitimidade institucional e da representação política, caracterizando a *"crise do Estado"*, resultaram no encaminhamento da reforma do Estado assentada na transferência para a sociedade de um conjunto de ações sociais. Essa estratégia fortaleceu o projeto de participação ancorado menos na politização das demandas sociais e na ampliação da presença da sociedade no espaço público de deliberação e mais no ativismo civil voltado para a solidariedade social (SILVA, JACCOUD & BEGHIN, 2005).

Os autores reforçam ainda mais a ressignificação da comunhão de interesses entre sociedade civil e governo na adoção da modalidade de parceria, incentivada como mecanismo de participação social, inspirada na reorganização neoliberal da intervenção do Estado no campo social como estratégia para a busca de maior igualdade, equidade e eficiência. Dessa maneira, as parcerias e os conselhos surgem de princípios distintos, em que é necessário reforçar que os conselhos estão baseados na demanda pela democratização da gestão pública.

No contexto neoliberal dos anos 90, foi desfeito o consenso em torno da prioridade do tema saúde e da sua inserção e operacionalização integrada no sistema de seguridade social de corte universalista. O encaminhamento da denominada “reforma da reforma da Previdência Social” recupera as propostas de capitalização da previdência e a focalização das políticas sociais. As novas concepções oficiais sobre o sistema de proteção social afetaram fortemente a velocidade, profundidade e extensão das mudanças no sistema de saúde.

As bases legais sobre a participação social no SUS foram promulgadas em 1990 na Lei Orgânica da Saúde (LOS). É importante registrar que a LOS foi editada após importantes vetos do governo em uma atmosfera muito nebulosa quanto à efetivação das conquistas constitucionais. A lei n° 8.080/90 reafirma no seu artigo 7° a participação social como um princípio para o SUS e a lei n° 8.142/90 no seu artigo 1° define, que sem prejuízo das funções do poder legislativo, sejam criadas os conselhos e as conferências como forma de instituição de participação da comunidade na gestão do SUS. O artigo 1° da lei 8142/90 afirma que:

> *§ 1º — A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.*
>
> *§ 2º. — O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuário, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.* (BRASIL, 1990)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi instituído pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, quando houve a reformulação do Ministério da Educação e Saúde Pública. Constituído por membros de notório saber, indicados pelo ministro de Estado, sua atribuição se restringia ao debate das questões internas do ministério. Na separação ocorrida entre os ministérios da Saúde e da Educação, o CNS foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347/54, com a função de assistir ao ministro de Estado na definição das bases gerais dos programas de proteção à saúde[1]. No processo pós-Constituição, o CNS teve suas atribuições e o funcionamento modificados, até atingir sua configuração atual.

1 http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm

A descentralização da gestão do SUS, definida como um dos princípios organizativos para o SUS, foi motivo para as primeiras disputas que ocorridas na década de 90. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) determinara que as verbas e a gestão da Saúde fossem partilhadas entre União, Estados, DF e municípios. No entanto, o Brasil emergia de uma tradição centralizadora da gestão das políticas sociais, que foi reforçada durante os anos de governo militar. Esta mudança "brusca" de paradigmas, que ocorre a partir da nova constituição, exigiu um processo lento de adaptação e negociação entre as instituições de saúde. Muitos conflitos entre autoridades municipais e estaduais aconteceram nessa época por compartilhamento de poder (DAVID, 2005).

A saída para resolver as tensões entre governos federal, estaduais e municipais foi a formulação e edição, pelo Ministério da Saúde, das três Normas Operacionais Básicas para o SUS (NOBs) entre 1991 e 1996. As NOBs visavam regular o nível de responsabilidade que cabia a municípios, estados e União para minimizar os possíveis conflitos de atribuições que ocorriam, além de definir os mecanismos de repasse de recursos para os municípios. Um dos requisitos para que houvesse o repasse das verbas federais tanto para o nível municipal, quanto para o nível estadual, era a exigência da criação e funcionamento de Conselhos Saúde organizada de acordo com as determinações legais. Esta exigência fez com que os Municípios e os Estados fomentassem a criação dos respectivos conselhos (CORTES, 2000).

Poucas cidades, principalmente as mais populosas e situadas nas regiões sudeste e sul como é o caso de Campinas, São Paulo, Vitória e Belo Horizonte, já dispunham de movimentos sociais organizados desde o fim dos anos 70. Esses movimentos estavam interessados em ocupar o interior da estrutura estatal e influir nas políticas públicas. Todavia, a grande maioria dos municípios não contava com organizações sociais que pudessem impulsionar esse projeto. Desta forma, em várias cidades, ficou a cargo das prefeituras não apenas criar os conselhos, mas também estimular a participação dos grupos sociais. Em consequência, em muitos municípios os prefeitos acabavam indicando, como ainda hoje indicam, parentes, amigos ou funcionários da prefeitura para compor os respectivos conselhos e as conferências de saúde (BONFIM, 2000; CORTES, 2004).

A década de 90 ainda é marcada por uma paulatina dispersão dos sindicatos sobre as demandas que se referiam ao Sistema de Saúde. As centrais sindicais passam a pressionar o governo e negociar com os patrões pela inclusão de seus filiados em planos de saúde privados, o que os afasta e faz perder o interesse pelo sistema de saúde pública (CAMPOS, 1992; CARVALHO, 2007).

A baixa qualidade dos serviços oferecidos pelos SUS foi a justificativa para que grupos de trabalhadores organizados em torno de sindicatos optassem pela vinculação aos planos privados, incluindo essa demanda nas pautas de negociação de suas categorias. O resultado disso para o sistema é a "universalização excludente",

ou seja, apenas aqueles que não têm como pagar por serviços privados ou planos de saúde utilizam o sistema público. Assim, apesar de “universal”, quem usa o sistema são as classes pobres, tal como aponta Menicucci (2006). Com isso a luta pelo direito à saúde perde a classe média, representada pelos trabalhadores formais sindicalizados, com maior poder de pressão e vocalização por melhoria no setor.

No entanto, o repertório do direito universal à saúde é incorporado nas demandas por serviços ou procedimentos de alta complexidade realizados pelos grupos segurados na impossibilidade de acesso através do plano de saúde. Enfrentando ou não demoradas disputas judiciais com os planos, estes casos conformam uma demanda de acesso ao SUS, que são também frequentemente mediados pela judicialização.

A década de 90 está associada ao processo de descentralização e municipalização da saúde, em acordo aos preceitos do SUS. A descentralização da responsabilidade por gerir o Sistema de Saúde é realizada sem o correspondente repasse de recursos financeiros e na ausência de uma política que acarretasse compromisso do Estado em construir a infraestrutura necessária para a ampliação da cobertura do atendimento, considerando as fragilidades conhecidas acerca da capacidade da rede de serviços e agravadas pelo acelerado crescimento populacional (MARQUES & ARRETCHE, 2003).

Outra questão apontada por Marques & Arretche (2003) diz respeito ao crescimento dos atendimentos realizados por meio de convênios com o setor privado cujo papel é de caráter complementar à rede pública. O baixo investimento na ampliação da rede das secretarias estaduais e municipais faz com que os hospitais privados se transformem em importantes prestadores de serviços de saúde.

> *A questão do financiamento tornou-se o “calcanhar de Aquiles” para a efetivação da reforma, pois não foi garantido maior aporte de recursos necessários para efetivar a universalização de cobertura e a realização dos investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços. A ausência de fontes estáveis de financiamento os constantes atrasos nos repasses da União para estados e municípios levou a uma degradação da qualidade dos serviços bastante acentuada nos primeiros anos do SUS.* (MENICUCCI, 2006)

Refletindo sobre os desafios na garantia do direito a saúde, Campos (2007) indicou uma série de estratégias necessárias para a efetiva consolidação do SUS. Segundo ele, os sete passos deveriam ser: (1) procurar formas de instigar a criação de um grande movimento social plural que objetive melhorias sociais em todos os níveis e necessidades; (2) melhorar a utilização e a gestão de recursos financeiros do SUS; (3) priorizar na rede a cooperação e a corresponsabilidade dos atores, bem como as

práticas preventivas em saúde, baseadas no modelo dos sistemas públicos de saúde; (4) pensar em novas formas organizacionais que definam o papel de cada agente na cadeia; (5) reforçar as políticas de Saúde da Família, estimulando a atenção primária; (6) reorganizar o modelo de gestão empregado pelo SUS, tanto em seus serviços próprios quanto no das redes privadas, valorizando a gestão compartilhada; (7) fomentar o desenvolvimento científico e de tecnologias em saúde.

Sem discordar do autor, é importante acrescentar que a melhoria dos serviços de saúde exige comprometimento e vontade política dos dirigentes e gestores. Todavia, a presença da sociedade civil exercendo papel ativo e propositivo deve ser valorizada na pressão necessária que esta deve fazer sobre o Estado. Sobre as relações entre sociedade e governo, Arendt comenta que desde o advento do Estado Nacional o que prevalece é que a obrigação do governo é proteger a liberdade da sociedade, mesmo que para isso haja necessidade do uso da força. A participação dos cidadãos na esfera pública, qualquer que seja a forma de governo, é necessária para manter a liberdade porque o Estado, que necessariamente precisa dispor de meios de força, precisa ser controlado pelos governados no exercício dessa força (ARENDT, 2006).

5 | CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE POLÍTICAS SOCIAIS

A realização de conferências nacionais não é um fenômeno novo na história política do país. A primeira conferência nacional destinou se ao debate de saúde e aconteceu em 1941. Paulatinamente, as conferências nacionais passaram a ser realizadas por outros setores de políticas sociais e estabeleceram uma nova forma de elaboração de políticas públicas no âmbito federal, na construção de diretrizes para o setor correspondente. Convocadas pelo poder executivo, são estruturadas em etapas municipal, estadual e nacional com participação paritária de delegados de representação popular e de gestores públicos setoriais.

Nos últimos 30 anos, as conferências tornaram-se mais participativas e ampliaram o caráter deliberativo. Particularmente, depois de 2003, as conferências são mais frequentes e tem um formato mais inclusivo. Entre 1988 a 2010, foram realizadas no país 87 conferências nacionais, sendo que o setor Saúde concentra o maior número, seja para debate amplo sobre saúde, seja para abordar temas específicos como assistência farmacêutica, gestão do trabalho, ciência e tecnologia em saúde, entre outros.

A frequência de ocorrência das conferências nacionais, como modelo de convocatória da sociedade civil para discutir de forma conjunta com o governo as diretrizes para as políticas sociais, aumentou na gestão de Fernando Henrique Cardoso, mas adquire dimensão maior nos dois governos Lula, que convocou e realizou 62 conferências. É mérito desse último a ampliação da abrangência e da heterogeneidade

das representações da sociedade, incluindo movimentos sociais, sindicatos, ONGs, empresários e entidades diversas. Da mesma forma, são notoriamente ampliados os setores de políticas sociais que se serviram do método das conferências para definição de suas diretrizes.

O impacto das conferências não é homogêneo e alguns setores, como no caso das secretarias de igualdade racial, direitos humanos e políticas para as mulheres, destacam-se na atenção aos resultados das conferências para o direcionamento de suas políticas. Entretanto, a influência das conferências nacionais não se limita ao poder executivo como ficou demonstrado por meio do estudo que analisou o impacto das conferências na produção legislativa brasileira ao longo do período pós 1988, mostrando evidências de que a produção legislativa foi acionada pelos resultados do processo participativo das conferências nacionais (POGREBINSCHI & SANTOS, 2010). Para os autores, com a ampliação da prática participativa e deliberativa das conferências, ocorre um fortalecimento da democracia representativa.

Para além de mensurar o impacto das conferências no volume e temas relacionados a produção legislativa, é necessário aprofundar sobre o significado que esse fato expõe à rediscussão de questões de natureza político normativa. É mais uma contribuição para a desconstrução do discurso de que a democracia representativa e suas instituições encontram-se em crise e que a representação política seja uma alternativa secundária diante da impossibilidade fática de se estabelecerem nas sociedades contemporâneas formas diretas de democracia que facultam a participação dos cidadãos sem a mediação dos representantes eleitos (POGREBINSCHI & SANTOS, 2010).

O aspecto complementar que os autores mostram nesse estudo é também mais uma evidência de que as formas de democracia participativa, deliberativa não substituem as formas clássicas de representação no Legislativo e que o mesmo é permeável às praticas participativas.

O modelo adotado nas conferências nacionais, que parte de uma consulta local e agrega o conjunto de propostas municipais no âmbito do estado que desembocam depois na etapa nacional, envolvendo a sociedade civil e os governos, é um processo característico do Brasil, e não tem iniciativa similar em outros países. Esse modelo de conferência foi criado pelo setor Saúde.

Ao alterar a forma de elaboração das políticas públicas e estabelecer uma agenda de governo, as conferências realizam uma forma inédita de cooperação entre o Estado e a sociedade civil. A força política desse fenômeno pode representar que esteja em jogo uma alteração no modelo de democracia liberal a partir da complementariedade entre os mecanismos de participação popular e as instituições representativas (POGREBINSCHI & SANTOS, 2010).

Entretanto, esta aproximação entre os grupos sociais e os governos requer avaliar os riscos da eventual cooptação pelo Estado. Ao identificar a natureza das questões defendidas pelos representantes da sociedade civil nas conferências e verificar a coerência com suas necessidades, os autores propõem que o fato das demandas apresentadas pela sociedade traduzirem suas reais necessidades pode constituir um indicador de que, a ação por dentro do Estado necessariamente não faz com que essa cooperação implique em cooptação (POGREBINSCHI & SANTOS, 2010).

6 | PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: ASPECTOS DA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

É consenso hoje entre gestores e lideranças populares de que as conferências de saúde devem ser modificadas por diversas razões. A mais importante é que a convocatória das conferências nacionais impõe aos municípios realizarem conferências municipais no terceiro ano de suas administrações locais. Idealmente essas conferências deveriam seguir o tempo político das eleições municipais, antecedendo a realização do Plano Municipal de Saúde e os respectivos desdobramentos do planejamento setorial. Para corrigir essa distorção, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde publicou um documento orientando sobre as mudanças para melhorar a eficácia das conferencias intitulado "Participação Social no SUS: O Olhar da Gestão Municipal".

Em relação ao período de realização das conferências, na situação atual, quando convocadas pelo Ministério da Saúde, as conferências nacionais acontecem nos municípios praticamente no fim dos mandatos dos prefeitos e seus resultados já não repercutem no Plano Municipal. Por outro lado, no âmbito nacional sua realização apenas ao final do primeiro ano de governo tem como consequência a não inclusão das recomendações propostas nas conferências no Plano Plurianual que deve ser apresentado ao Congresso Nacional até o final do mês de agosto.

A desconexão entre o conteúdo das propostas das conferências e os planos produzidos no município é outro problema identificado por estudiosos e atesta o baixo impacto e poder deliberativo real da ação participativa. A pouca importância dada aos relatórios das conferências é comum tanto para os gestores como para os conselhos de saúde que não direcionam o seu trabalho para o monitoramento da operacionalização das propostas oriundas das conferências.

A análise corrente é a de que o modelo atual que atrela conferências locais às nacionais exacerba a disputa entre os delegados para serem eleitos para as etapas estaduais e depois, na etapa estadual a preocupação passa a ser a escolha da delegação para a etapa nacional. A acirrada disputa entre grupos não é

entorno das ideias e propostas o que esvazia de política o processo. Por outro lado, o debate das questões locais, estratégico para provocar mudanças para os munícipes, vai perdendo sua importância. A desarticulação e a ausência de debate para a sistematização política sobre o sistema de saúde e das políticas sociais faz com que os relatórios de conferências sejam compostos por uma sequência repetitiva de demandas de caráter reivindicatório pontuais, cujo impacto sobre a gestão do SUS é questionável.

Um estudo conduzido em 16 municípios do estado de Mato Grosso por Müller Neto & al (2006) mostra a pouca ou nenhuma articulação entre os delegados para o debate ou mesmo na escolha destas delegações. Não é registrada a realização das pré-conferências ou fóruns dos segmentos de usuários e trabalhadores. Ao mesmo tempo, nos municípios estudados, as conferências não tiveram nenhuma influência nos rumos dos planos e da política municipal. O que transparece é que as conferências sobrevivem somente pela obrigatoriedade legal.

Definidos como órgãos colegiados integrantes do Poder Executivo de natureza deliberativa e fiscalizadora, os conselhos de saúde constituem mecanismos institucionalizados de participação social no interior de entes da Administração Pública Direta. Trata-se, pois, de uma relação governo, profissionais de saúde e sociedade civil, regida pela corresponsabilidade de todos para com a saúde. É imprescindível compreender a importância dos Conselhos na formação de uma esfera pública dialógica entre Estado e Sociedade Civil. Moreira (*apud* TATAGIBA, 2002) afirma que,

> *[os conselhos] são órgãos concebidos para influir constitutivamente na vontade normativa do Estado, mediante o exercício de competências conferidas pelas respectivas leis criadoras, que devem trazer as linhas definidoras de seu campo de atuação. Não podem os conselhos deliberar sobre matérias que extrapolem os setores das políticas sociais sob sua responsabilidade, nem sobre questões que extravasem o âmbito da esfera de governo onde foram criados e das atribuições que lhes foram conferidas (...). Os conselhos constituem-se em instâncias de caráter deliberativo, porém não executivo; são órgãos com função de controle, contudo não correcional das políticas sociais, à base de anulação do poder político. O conselho não quebra o monopólio estatal da produção do Direito, mas pode obrigar o Estado a elaborar normas de Direito de forma compartilhada (...) em cogestão com a Sociedade Civil.* (MOREIRA apud TATAGIBA, 2002: 50).

A promulgação das normas legais sobre a participação social e seu conteúdo gerou polêmicas no seio do movimento popular, especialmente quanto à natureza jurídica dos conselhos de saúde, como integrante da administração federal,

estadual e municipal. O papel deliberativo atribuído aos conselhos tem distintas leituras que transitam entre a interpretação literal da legislação que registra textualmente que os conselhos deverão atuar na "formulação de estratégias e no controle da execução das políticas", aos que entendem que os conselhos deverão interferir nas decisões e nos mecanismos básicos da gestão e gerência do sistema. Entretanto, o que na prática ocorreu em muitos conselhos foi um transplante da interpretação centrada no poder deliberativo, para a função fiscalizadora com predominância do papel de veto.

Para Gerschman (1995), a democratização emprestou um significado distinto àquele de "mobilização popular", típico da organização reivindicativa anterior à institucionalização dos conselhos e conferências. A dinâmica das relações entre os movimentos sociais com as instâncias governamentais é alterada, na medida em que deixa de ser arbitrada de fora para ser desenvolvida pelos atores envolvidos entre si e na relação com os outros. De fato, houve discordâncias entre setores dos movimentos sociais que criticaram a institucionalização e burocratização da participação social, resultando em divisões do movimento popular pela saúde. No Rio de Janeiro, uma corrente do MOPS defendeu a criação de um Conselho Popular de Saúde, como instância autônoma, em substituição ao Conselho Estadual de Saúde. Movimentos sindicais e populares que emergiram do período da ditadura e que sempre defenderam uma posição política de permanência de "costas para o Estado" reagiram criticamente à constituição dos conselhos de participação social. Em meio a essa tensão, em 1992 durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, os movimentos sociais decidiram criar e manter fóruns independentes e autônomos para evitar a instrumentalização das entidades.

Os conselhos estaduais e municipais de saúde foram criados por meio de diferentes mecanismos, sobressaindo os decretos do executivo e as leis específicas aprovadas no Legislativo. Sob o argumento da independência e legitimidade, o mecanismo de criação por lei consta como recomendação nas duas Resoluções, a de nº 33 e a nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, ambas orientadoras da estruturação e funcionamento destas instâncias.

A insistência dos conselhos em manter autonomia e independência em relação às instituições gestoras alimenta uma linha de reivindicação pela separação institucional e constituição de entidades de pessoa jurídica específica para os conselhos. Para os que defendem a separação entre secretarias e conselhos, esta estratégia busca preservar a sua existência e funcionamento, reduzindo a possibilidade de interferência do Poder Executivo nas suas deliberações, cujas atribuições ora são compartilhadas, ora fiscalizadas pelo conselho de saúde. Entretanto, a separação representa a saída da sociedade do interior da instituição pública, eliminando seu papel de interferência direta nos processos decisórios.

Afinal, o que deve ser deliberado nos conselhos? Essa pergunta ganha sentido e, provavelmente, um dos grandes desafios seja vincular o processo deliberativo

para que se transformem em prática, as propostas oriundas das respectivas conferências de saúde. Para além desse debate, é preciso ressaltar que a execução das políticas é prerrogativa e responsabilidade do poder executivo, cabendo ao conselho fiscalizar garantindo que o decidido pelo pleno de conselheiros, seja o executado.

A Legislação Ordinária determina que o poder legislativo deva dispor de uma Comissão de Saúde e atuar em articulação permanente com os conselhos de saúde, propondo mesmo que suas atribuições considerem as análises e recomendações dos respectivos conselhos. Nessa perspectiva, a aprovação do orçamento da saúde pelo Legislativo local deve considerar o Plano de Saúde aprovado pelo Conselho. Esta dinâmica pressupõe que o conselho seja capaz de trazer novas proposições e alternativas para a saúde, traduzindo as aspirações populares e aproximando o planejado das reais necessidades de saúde do território.

O contingente estimado de conselheiros de saúde, titulares e suplentes é hoje de cerca de 100.000 pessoas, dispostos nos segmentos de gestores e prestadores, trabalhadores e usuários. Todas as secretarias estaduais e todas as secretarias municipais possuem seus respectivos conselhos. A composição dos conselhos é paritária, ou seja, 50% de usuários, sendo os outros 50% divididos entre profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço, em diferentes proporcionalidades, mas, normalmente, cabendo aos profissionais de saúde pelo menos 25% das representações. Entre os conselheiros usuários incluem-se as representações de diversos setores da sociedade civil: das igrejas, moradores, centrais sindicais, movimento de mulheres, indígena, negro, estudantil, de portadores de patologias especiais, de deficientes físicos, etc.

O Conselho Nacional de Saúde conta com 48 conselheiros titulares, cada um com dois suplentes, que foram eleitos a partir de uma convocatória ampliada de entidades representativas nacionais. Realiza reuniões plenárias mensais e organiza comissões e grupos de trabalho temáticos e dispõe de uma secretaria executiva.

Na prática, a literatura (MARTINS, 2008; GAZETA, 2005; TATAGIBA, 2007; LIPORONI, 2006) indica que é frequente que as cadeiras da sociedade civil sejam ocupadas por parentes de pessoas do legislativo ou do executivo, com a intenção de evitar possíveis conflitos entre os interesses da prefeitura. Nessa situação, a representatividade da população de usuários do sistema fica prejudicada. O processo de representação também é tolhido quando o conselheiro não mantém os seus vínculos com a base, seja no processo de repassar as informações discutidas no pleno do conselho, seja na articulação de posições com suas bases previamente sobre aquilo que será debatido e decidido nas reuniões plenárias (VIEIRA, 2010).

Hoje há praticamente um consenso de que prevalece na maioria das cidades um baixo grau de mobilização e de politização dos movimentos sociais para a defesa dos direitos sociais e da saúde em particular, que pode ser responsável, em parte, pela baixa efetividade dos conselhos e conferências e pela manipulação dos governos

exercida por meio dos gestores da saúde. Por outro lado, mesmo naquelas situações mais diferenciadas, a sobrecarga das funções de fiscalização e controle aliadas a pouca transparência e ao despreparo dos conselheiros para o desempenho dessas tarefas, contribuem para o baixo desempenho dos conselhos. Todo esse conjunto de situações contribuiu, e ainda contribui, para o fortalecimento do caráter centrado na fiscalização e no poder de veto prevalente nos conselhos e demais mecanismos de participação social.

A questão da democracia interna nas práticas dos conselhos tem sido um tema que começa a ser observado por alguns estudiosos. Nesse sentido vem sendo observada a perda do caráter da diversidade e do poder da representação nesses espaços. Isso se dá pela formação de uma "elite de referência", ou seja, pelo exercício de um poder maior de um grupo sobre o conjunto de atores que, geralmente, apresentam maior capacitação técnica ou política, maior perfil socioeconômico e que consegue ter maior poder de influência em relação a outras representações (ABRANCHES & AZEVEDO, 2004).

Em resposta a essa situação, pode estar ocorrendo uma estratégia das próprias associações e entidades, que diante da perda de espaço na arena política do conselho, direcionam suas escolhas de representantes entre aqueles que são considerados "mais preparados" para os debates e a complexidade dos temas discutidos, o que desfavorece a rotatividade, e nem sempre significa ganho na representatividade.

Um dos maiores trunfos da sociedade é a sua diversidade que deve ser expor a pluralidade a ser representada no espaço público. Paradoxalmente, entretanto, a ausência da prática política das representações dos usuários transforma a diversidade em motivo para a fragilidade. O desejável é que os segmentos representados nos conselhos, quando identificam um projeto político comum, devessem se tornar aliados nas votações. Porém isso não acontece na sociedade civil, que padece do "mal" da heterogeneidade. Isto é, apesar da paridade numérica com os outros segmentos, não há na sociedade civil uma paridade política. Isso tem como resultado uma representação de usuários que não consegue se articular e construir consensos em torno de suas demandas. O produto disso é que no processo de escolha, a sociedade acaba sendo influenciada, quando não atropelada, pelos posicionamentos de outros segmentos, seja dos trabalhadores ou do governo. Lüchmann dá a dimensão disso dentro dos espaços participativos:

> *Seguindo análise de Moraes (1999), isso significa que, enquanto os representantes da Sociedade Civil partem, de saída, de uma condição de heterogeneidade, sendo que em muitos casos a sua unificação depende de um árduo trabalho de 'aparar as arestas', os representantes governamentais partem da unidade, na medida em que são indicados pelo executivo. Neste sentido, mesmo em se configurando diferenças e/ou divergências de posturas,*

> *valores e propostas entre estes, sua unificação é mais facilmente obtida a partir de cima*. (LÜCHMANN, 2008).

Vieira (2010) observou que os representantes dos usuários se originam, em sua maioria, de locais ideologicamente parecidos, normalmente alinhados à esquerda, identificados na esfera da luta por justiça social. A configuração e a concepção desses espaços não têm atraído a participação de atores sociais posicionados em campos ideológicos muito distintos. Mesmo assim, todavia, essa aproximação ideológica não tem conseguido expressão na representação de usuários que viabilize a construção de um projeto político comum. O que se observa é que, pelo contrário, esses grupos têm se utilizado desses espaços para tentar delimitar cada vez mais as suas diferenças de ideias, o que dificulta a articulação e a construção de consensos de posicionamentos para o interesse coletivo.

A presença de tensão política no interior dos conselhos de saúde tem mostrado que este é mais um espaço das disputas partidárias da política tradicional. Essa deformidade não ocorre somente nos conselhos de saúde. Estudos de Tatagiba e Teixeira expõe dinâmicas parecidas sobre o funcionamento dos conselhos da área social na cidade de São Paulo. Analisando o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente as autoras identificaram ao longo da história do Conselho a dinâmica do jogo político eleitoral na cidade [de São Paulo] repercutindo de modo perverso na dinâmica política no interior do Conselho, subordinando o estabelecimento dos acordos e as articulações necessárias à construção pactuada das políticas às estratégias eleitorais dos diferentes grupos em cada conjuntura específica. Os conflitos e disputas no conselho observado não estavam relacionados às disputas de diferentes concepções, mas à disputa de poder político no sentido mais estreito pela conquista ou manutenção das maiorias eleitorais (TATAGIBA & SANTOS, 2007: 57).

No caso do Conselho de Habitação de São Paulo, as autoras demonstram em outro estudo que o problema se repete e registram que a curta história desse conselho confunde se com a polarização das disputas nacional e municipal entre partidos, de forma explícita. Este conselho é ocupado por conselheiros em íntima aliança com os governantes e, de um ou de outro lado, são defensores das posições de governo (TATAGIBA & TEIXEIRA, 2007b).

Nesse cenário de tendências ideológicas repercutindo sobre os espaços de representação e participação da sociedade, é necessário refletir sobre a convivência entre as formas de democracia participativa e representativa. Assumindo que as instituições participativas e representativas, não estão lado a lado, mas se interconectam e exercem impacto e influência recíproca, as autoras concluem que existe uma combinação tensa e precária, cuja lógica, direção e sentido estão predominantemente orientados pelas exigências e desafios próprios à competição eleitoral. Dessa forma, não há uma situação

de complementaridade, mas uma combinação entre participação e representação, sob a direção hegemônica dessa última (TATAGIBA & TEIXEIRA, 2007a).

Se as disputas partidárias são constantes entre as organizações de movimentos sociais e representantes da sociedade civil, isso ocorre também no segmento dos profissionais de saúde. Os problemas relacionados às representações de trabalhadores dependem do poder de interferência do governo em cada conselho e das relações que as organizações de trabalhadores têm com os governos. Especialmente nos municípios menores frequentemente observa-se que o trabalhador de saúde é levado a votar com o governo para manutenção de seu emprego. Situação mais complexa ocorre quando as organizações de trabalhadores são parte de partidos políticos e as decisões passam a ser tomadas de acordo com as disputas que ocorrem entre partidos ou centrais sindicais, havendo, pois, o deslocamento de contendas típicas da ação sindical ou de outros espaços para os conselhos de saúde.

No Conselho Nacional de Saúde, a dinâmica assumida pelas representações dos trabalhadores de saúde foi marcada pela conquista de poder interno e também por intenções corporativas. Ao estudar esse conselho, Cortes et al (2009) identificou que o segmento dos profissionais de saúde, exceto a classe médica, reuniu-se em torno do Fórum de Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área de Saúde (Fentas), criado especialmente para a atuação no CNS.

> *Em torno dos conselheiros vinculados ao Fentas organizou-se uma nova comunidade de política na área da saúde. Os princípios fundadores dos SUS continuavam integrando o conjunto de suas propostas, mas a eles acrescia-se a defesa da provisão exclusivamente pública dos serviços e dos interesses de categorias profissionais e de trabalhadores de saúde, não médicos, em oposição a entidades que defendiam o interessa da categoria médica.* (CORTES& Al, 2009: 58 - 59).

Como consequência, a formação desse fórum, que tinha a princípio o objetivo de fortalecer os profissionais de saúde enquanto segmento no conselho, tem como produto o fortalecimento de relações corporativas entre seus membros, além de criar dificuldades para o diálogo e a entrada de novos atores ou vozes destoantes em seus quadros.

O movimento médico, que nos anos oitenta esteve integrado ao movimento da reforma sanitária, deu uma guinada para posições mais conservadoras nos anos seguintes. Desta forma, ocorreu que a participação do movimento médico não se comprometeu no processo de institucionalização dos conselhos e conferências de saúde. O fato é que, após um curto período de aproximação às teses da reforma sanitária,

que atribuíam a estes profissionais o cumprimento de um trabalho assalariado com remuneração digna no setor público, as principais entidades médicas do país passaram a privilegiar a autonomia do trabalho médico.

De certa forma, esse fato explica a pequena e nada vigorosa participação das entidades médicas nesses fóruns participativos, muitas vezes protagonizados pelas outras categorias de profissionais de saúde. Essas categorias frequentemente assumem posicionamentos conflitantes com aqueles adotados pelos médicos em questões que dizem respeito tanto às disputas corporativas quanto no que se refere à concepção e gestão do sistema.

O caráter de "controle" como papel principal dos conselhos foi se instalando no início dos anos 90, quando o debate sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde passou a ter como referência uma agenda de controle sobre o gasto público. A preponderância das acepções e práticas relacionadas com a fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública refletiu nas deliberações da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Desde então, o termo controle social tem sido preferido pelos conselheiros para denominar os próprios conselhos, certamente por suas atribuições mais diretamente relacionadas ao "poder" do movimento social de reprovar e sancionar atos governamentais. De certa forma, essa tem sido a tônica vocacional dos conselhos, sustentada especialmente por aqueles que os integram, o que não significa que esta função de controle seja desempenhada com eficiência.

Os conselhos como espaço de negociação de interesses diversos idealmente não deveriam eleger como tática o confronto. A experiência acumulada mostra que há conselhos que se transformaram em espaço de disputa entre os segmentos, seja por recursos, seja por interesses particulares. Nestes casos, o que prevalece é o deslocamento do interesse público. Se a função nobre dos conselhos é exercer influência nas decisões acerca das políticas de saúde, a maior habilidade que deve ter um conselheiro é a capacidade de negociação.

Há um deslocamento que transforma a participação social em saúde em um fim em si mesma, não vinculando a participação a outras instâncias democráticas, como por exemplo, a participação ativa antes e depois das eleições, ou na escolha de candidatos alinhados aos interesses coletivos. Também não atuam na fiscalização e no acompanhamento do trabalho nas instâncias de democracia representativa.

Na verdade, a persistência de uma relação conflituosa entre gestores, trabalhadores e usuários tem contribuído para que os conselheiros mantenham e fortaleçam a postura de veto imediato às propostas e iniciativas dos gestores do sistema, gerando uma tensão negativa para o processo participativo. Observa-se que vetar uma proposta é muito mais fácil que unir e negociar interesses de segmentos diversos, porque o veto a uma política não é percebido enquanto prejuízo à sociedade e não há como medir e nem responsabilizar as suas consequências. Entretanto, há nos

conselhos a tendência ao favorecimento da postura do veto, comprometendo o debate e a negociação sob a ótica dos interesses da coletividade. As dificuldades aumentam ainda mais quando o poder executivo, ao verificar a permanência dessa postura, passa a desconsiderar as “deliberações” do conselho e a deslocar suas decisões para outras instituições, em especial as Comissões Intergestores Bipartites (CIB).

6.1 | Gestão Participativa e Saúde

As profundas mudanças nas perspectivas e formas de participação social, que ao longo dos anos 1980 esteve voltada para a mobilização pela disputa de poder público, seguem atualmente uma orientação na participação direta de representantes da sociedade na gestão. Com o objetivo de provocar o aumento da eficiência e efetividade das políticas públicas, procura-se transformar a participação social em uma ferramenta de gestão pública. Esta modalidade passou a ser entendida e designada como gestão participativa. A gestão participativa hoje é termo bastante disseminado e abrange inúmeras formas de participação e articulações intra e intersetoriais.

Na saúde, a gestão participativa vem sendo encarada como um desafio conceitual e prático. O compartilhamento do processo decisório está na base do conceito da gestão participativa. A renovação e criação de instâncias mais flexíveis, porosas e efetivas às complexas demandas sociais, coadunam-se com as evidências sobre as limitações dos canais tradicionais de articulação no interior do Estado, entre governo e sociedade.

É importante destacar nesse processo, que a Gestão Participativa, nas bases conceituais que vem sendo adotadas atualmente, extrapola a participação institucionalizada em conselhos e em conferências, ampliando arenas de interlocução, incluindo outras modalidades de participação. Isso se configura em um grande desafio para as instituições do SUS e mesmo para a sociedade, já que as ciências sociais têm produzido evidências que demonstram o enfraquecimento de espaços tradicionais de participação, como por exemplo, o declínio da participação em sindicatos ou mesmo nos partidos políticos (CARDOSO, 2003; LAMOUNIER & MENEGUELLO, 1986).

Por outro lado, a clara relação entre as promessas de participação na gestão com os projetos de reforma do Estado, amplamente difundidos pelos organismos internacionais, que pautam a descentralização como estratégia de enfrentamento dos processos de exclusão social, expõe suas reais intenções instrumentais. Adicionalmente, as críticas à noção de governabilidade, que confere sentido à gestão participativa, em função de seu suposto caráter de categoria estratégica e conteúdo normativo de princípios e critérios afeitos a uma lógica de mercado, sinaliza a existência de contradições (SANTOS, 2004).

No que se refere aos espaços de participação, a ideia de governança nos termos em que envolve cenários de tensões e conflitos, é certamente mais visível no que tange ao poder local, no qual atores sociais se relacionam mais diretamente, e a reconfiguração de estratégias de recomposição de grupos e lutas por hegemonia possui maiores possibilidades de ser observada. A experiência da construção de um espaço de explicitação de interesses, baseado no preceito democrático do reconhecimento do direito de todos à participação na vida pública, ampliou a necessidade do exercício da fiscalização e vigilância sobre os poderes públicos, destacando-se aqui o papel do Ministério Público e das Ouvidorias.

7 | DELINEANDO TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS FUTURAS

As entrevistas realizadas com os atores selecionados, a partir de distintos lugares e papéis que ocupam no processo de participação e controle social em saúde, permitiram por aproximação, o delineamento de duas vertentes de análise sobre as tendências e perspectivas futuras para a questão.

A primeira delas parte de uma avaliação positiva sobre a institucionalização que conduz a participação social para os conselhos e conferências, valorizando esta estratégia como caminho para as relações entre estado e sociedade. A outra tem uma avaliação crítica e identifica repercussões negativas sobre a ação da sociedade nas instâncias institucionalizadas, propondo o ativismo e a política como alternativa de mudança. As análises buscam, dentro de cada um desses cenários, identificar os avanços, mas também os desafios para os próximos anos.

O entrevistado 1 é conselheiro do CNS, onde representa o segmento de usuários e, na sua avaliação, há um “aprofundamento crescente” nas relações entre a sociedade civil e o Estado e sua previsão para o futuro é que haverá uma “ampliação da capilaridade” desse processo. Adverte que “há risco de tutela quando o governo financia os movimentos sociais e é necessário estar atento para impedir esta situação”. Para ele, o que deve caracterizar a participação social é o “esforço conjunto na construção de pautas comuns aos governos e aos movimentos sociais”. Aponta que há dificuldades que deverão ser enfrentadas pelos movimentos sociais que, na sua visão “conhecem pouco do funcionamento da máquina pública e nem sabem onde interferir para alavancar conquistas”.

Já o entrevistado 2, que também é conselheiro do CNS, onde representa os trabalhadores de saúde, entende que existe uma “falta de cultura participativa entre os gestores do SUS”. Para ele, deveria haver “um esforço para sensibilizar e formar gestores”, pois acredita que “somente haverá mudanças se os gestores mudarem a relação com os respectivos conselhos”.

A participação social na saúde, mais precisamente o imenso e fervilhante contingente de pessoas que integram os conselhos e acorrem às conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde, é um dos cartões postais do Sistema de Saúde Brasileiro. Embora seja referência, ainda existem inúmeros desafios a serem vencidos pela participação social em saúde quando se analisa o potencial de inovação que ela "promete".

A capacidade de traduzir o princípio de participação social em fóruns representativos e flexíveis à inclusão da diversidade de interesses abordagens do processo saúde-doença e alternativas para o desenho de políticas, inscreve-se entre os principais avanços da conquista do direito à saúde no Brasil. No entanto, as preocupações com a reiteração de demandas fragmentadas nas pautas dos conselhos e conferências e consequente desvalorização de suas deliberações sobre os rumos do setor saúde e do SUS são compartilhadas por todos aqueles que ao longo de mais de 30 anos vêm construindo esses novos espaços de sociabilidade, concertação de valores e interesses éticos na área da saúde.

Ao longo dos 22 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), os conselhos e as conferências de saúde tentam se consolidar como espaços de mediação, participação e intervenção de interesses e valores diversificados e plurais. Contudo, o desempenho desses fóruns para a garantia do direito universal e efetivo à saúde foi bastante afetado pelos obstáculos fiscais e políticos. As políticas de ajuste econômico e a focalização das políticas sociais, que resultaram no subfinanciamento da saúde, conduziu os conselhos ao permanente debate e negociação sobre o financiamento do sistema.

Os conselhos e as conferências de saúde foram deslocados de seus papéis originais de formulação das diretrizes políticas e de monitoramento dos programas e metas sanitárias. Tais fóruns são assim transformados em *locci* de resistência às restrições fiscais aos orçamentos públicos para a saúde e à reapresentação de problemas de saúde não resolvidos que se acumulam. Nessa condição, o papel decisório das instâncias de participação social tornou-se menos relevante do que o do espaço de debate e articulação estratégica de defesa dos princípios do SUS.

Os fóruns de participação social na saúde, tanto os institucionalizados, como os grupos organizados específicos, têm sido importante espaço para representação e defesa de interesses sociais. Contudo, estudiosos identificam que os grupos e seus integrantes envolvidos na participação social na saúde são uma espécie de elite social pelas diferenças que trazem em relação ao conjunto da população, quanto à participação social e política (SANTOS, 2004).

Por outro lado, aprofundaram-se entre os grupos representados nos conselhos o sentimento e a prática corporativa, seja em defesa da condição profissional ou nas necessidades específicas de alguma patologia ou condição de saúde. A

expectativa sobre o cenário de uma crescente consciência sanitária ficou prejudicada e isso reduziu a ação e prática política nessas instâncias.

Vieira (2010) aponta que a participação social nos conselhos e conferências traz novas representações sociais para o cenário público. Essas novas representações não podem ser condenadas à ilegitimidade baseada nos critérios do modelo representativo tradicional. Uma das novidades das novas representações é a diversidade dos atores que se apresentam, bem como o caráter renovador de suas ideias.

A multiplicidade de representações reflete a diversidade nas formas e temas que motivam a organização da sociedade e exige que haja uma flexibilidade nos critérios de seleção das representações, uma vez que a sociedade civil é dinâmica e inventa arranjos nem sempre conhecidos pelas instituições do Estado. Outro elemento chave, que vem perdendo espaço nos últimos anos, é o vínculo entre representantes e suas bases, o que confere a legitimidade.

Investidos do poder outorgado pela representação, os representantes de movimentos sociais têm dado pouca importância em discutir previamente com suas bases os assuntos das pautas ou mesmo debater sobre as deliberações realizadas nos conselhos.

A avaliação positiva sobre a importância das conferências no alargamento da democracia brasileira desdobra na afirmação prospectiva de que as conferências nacionais, incluindo as de saúde, continuarão sendo realizadas, independentemente dos partidos que sucederem os próximos governos. Nessa perspectiva, a institucionalização das práticas participativas nas instituições gestoras de políticas sociais pode significar um cenário possível para que estas práticas passem a compor as estruturas de poderes do Estado, com independência em relação a governos mais ou menos favoráveis a elas (POGREBINSCHI & SANTOS, 2010).

Entretanto, o fato da cultura mais consolidada de realização das conferências setoriais de saúde, dispondo de maior acúmulo de análises e de produção acadêmica, é importante para desenhar alternativa de avaliação menos positiva e mais crítica quanto ao futuro delas.

Outra vertente de análises que decorre da opinião dos entrevistados se alinha em torno da avaliação de que os conselhos e as conferências esvaziaram os movimentos sociais das práticas da política e do ativismo. Nesse contexto de avaliação negativa sobre o processo de institucionalização engendrado no campo da participação e do controle social, as propostas que são formuladas envolvem estratégias diversificadas de participação e mobilização social tendo como sentido a retomada da ação política.

A entrevista 3 foi realizada com uma pesquisadora sobre o tema da participação social em saúde que identifica a "ausência de uma política participativa

real no SUS". Para ela, "os conselhos têm atribuições que precisam ser revistas, pois a preocupação maior é controle e nenhuma preocupação dos conselheiros em voltar aos grupos que representa e organizar a população". Considera que hoje o "conselheiro se transforma em um representante e não uma liderança" e que, embora "o partido do governo atual tenha origem nos movimentos sociais, não existe uma política que ajude no sentido do fortalecimento político, os movimentos sociais".

O entrevistado 4 integra a Frente contra a Privatização do SUS e para ele, a institucionalização em conselhos e conferências "encastelou os movimentos sociais e é necessário trazer os movimentos de volta pras ruas, recuperar o debate ideológico e colocar mais política na reforma sanitária". Propõe que é necessário tomar "as universidades, praças e ruas envolvendo a população na luta para que daqui a 10 anos possa melhorar de fato a saúde e o SUS".

Na mesma linha, o entrevistado 5, que se identifica como educador popular, tem a opinião de que "os conselhos e conferências atingiram o limite". Uma estratégia seria que "a participação popular adentrasse o cotidiano dos serviços, mas, hoje não há essa possibilidade diante da tecnificação excessiva no SUS", acrescenta.

A análise sobre a efetividade da participação social instituída nos conselhos deve ser relacionada à imposição legal sobre a criação dos respectivos conselhos de saúde como requisito à obtenção de recursos. A organização dos conselhos de saúde no território nacional, movidos especialmente pela função da "aprovação das contas", redefiniu o escopo e a escala das relações entre o governo e a sociedade. Além disso, a política de incentivo à criação de conselhos praticada pelo SUS por meio do Ministério da Saúde nos anos 90 tem relação com a fragilidade política destes conselhos observada atualmente. Para Gohn (2003), o fato de a Lei n.º 8.142/90 ter vinculado os repasses de recursos à criação dos conselhos de saúde resultou uma espécie de incentivo à participação social. Apesar da adoção do *per capita* como critério de repasse dos recursos financeiros, a disputa por mais recursos introduz uma lógica da defesa de interesses delimitados pelo território o que, na avaliação da autora, gerou uma ruptura entre os movimentos populares que vinham construindo bandeiras comuns por melhores condições de vida.

Os movimentos sociais têm sido convocados pela realidade política à releitura acerca de suas possibilidades de intervenção. A mobilização social que ocorreu em torno do recente projeto de "Ficha Limpa" apresentado como emenda popular e aprovado pelo Congresso Nacional é exemplo do vigor da manifestação da vontade da sociedade civil. Entretanto, na saúde, a despeito das manifestações ocorridas pela aprovação de projetos que viabilizariam o financiamento do SUS, como no caso da regulamentação da Emenda Constitucional 29, não se logrou convencimento do governo e do parlamento.

O acirramento da situação cada vez mais crítica da atenção à saúde, com baixa qualidade e dificuldades no acesso, tem provocado o engajamento crescente de setores da sociedade nas demandas por saúde. Ao mesmo tempo, entidades históricas da luta pela saúde no Brasil, como é o caso do CEBES, têm revigorado suas práticas de atuação para contribuir na repolitização e ampliação da consciência sanitária. Na mesma direção, são iniciadas as articulações envolvendo a ABRASCO, REDE UNIDA e outras entidades pela ação coletiva para a consolidação do direito à saúde e da reforma sanitária. Entretanto, estas entidades isoladamente não alcançarão mudanças caso não se mobilizem em outros movimentos sociais para conformar base de pressão política sobre os poderes constituídos.

8 | ANÁLISES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos oito anos, as tensões entre o reposicionamento do papel do Estado como propulsor do desenvolvimento econômico e social emolduram um novo cenário para o debate, formulação e implementação de políticas de saúde, ampliando as expectativas sobre possibilidades e limites da conquista de uma cidadania para além da eleitoral, baseada no exercício pleno de direitos sociais, entre os quais o de saúde.

Hoje, a área da saúde serve como fonte de inspiração para a instituição dos fóruns de participação social de outras políticas setoriais no Brasil. Todavia, os desafios para os próximos 10 a 20 anos são incontornáveis se as mudanças desejáveis têm na mira não reproduzira "paralisia hiperativa", ou seja, uma pletora de demandas geradas pela priorização de interesses de cunho "paroquial e particularista", que caracteriza as práticas institucionalizadas de participação social, em detrimento dos temas nacionais, da macropolítica e do desenvolvimento social com a inserção da saúde.

A expectativa inicial depositada sobre as práticas de participação social envolveu tanto a pressão política contínua e crescente sobre o Estado pela universalização do direito a saúde, como também os aspectos da micropolítica dos territórios das comunidades, por meio da acumulação de capital social.

Nesse sentido, Putnam faz uma associação entre capital social, comunidade cívica e desempenho institucional. Para ele, a existência de uma comunidade cívica é fator determinante para melhor desempenho institucional que, por sua vez, aumenta os laços entre a sociedade, fomentando capital social. Há claramente um círculo virtuoso que se autoalimenta melhorando a democracia de uma forma geral:

> *(...)as características de organização social, como confiança, normas e sistemas, que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade facilitando as ações coordenadas [...] A confiança social pode emanar de duas fontes*

> *conexas: as regras de reciprocidade e os sistemas de participação cívica.* (PUTNAM; 1999:177 e 181)

Contudo, é imprescindível compreender que a participação cidadã está sujeita a responsabilidade e a definição de suas atribuições, de modo que não comprometa a atuação dos governantes. Isso não significa que a participação da sociedade civil deva sofrer qualquer forma de cerceamento no campo das ideias e das inovações e desafios que esses atores encetam no debate público. Na realidade, os limites legais são atinentes a todos aqueles que atuam na esfera pública. Entretanto, o que se observa é uma exacerbada expectativa sobre o diferencial e sobre a capacidade de inovação baseados na certeza de que a sociedade civil consiga impor aos agentes públicos, diretrizes políticas, estratégias e soluções para a saúde, mesmo extrapolando suas competências legais.

A tendência de esperar como resultado da ação dos representantes da sociedade todas as respostas que o Estado não consegue prover, acaba reduzindo o grau de confiabilidade das pessoas nas suas próprias organizações civis. A consciência acerca das limitações da sociedade civil e de sua capacidade de atuação reduz o risco e as expectativas de respostas aos problemas que afligem o Estado e suas instituições.

O certo é que os limites institucionais não podem alimentar os mitos sobre a ideia de participação da sociedade. Moroni (2005) destaca alguns desses mitos. O primeiro deles é que "a participação por si só muda a realidade", ou seja, não adianta que os sujeitos tenham direito a uma cadeira, se eles não conseguem com que suas demandas e proposições sejam ouvidas no espaço público. Isso, para o autor, é a despolitização da participação, é o participar somente por participar. O segundo mito é "a sociedade não está preparada para participar, como protagonista, das políticas públicas". De acordo com essa concepção, a diferença de conhecimento, o acesso a informação e o poder entre representantes da sociedade e os especialistas ou gestores leva à crença de que a sociedade só poderia exercer um papel secundário nesse processo. Isso explica o fato da predominância das opiniões e posições do gestor ou trabalhadores de saúde nos conselhos.

O terceiro mito é "a sociedade não pode compartilhar da governabilidade", baseado em uma concepção de representação tradicional no processo eleitoral que deve resultar na dominação da sociedade pelo partido vitorioso. Nessa acepção, a participação da sociedade deve se restringir ao voto. Aqui, não se considera a participação "ativa" dos cidadãos nas escolhas políticas e públicas. O último mito que Moroni (2005) enumera é "a sociedade é vista como elemento que dificulta a tomada de decisão". Nesse caso, parte-se de uma noção de que o processo de debate e a construção de caminhos alternativos causa prejuízo e demora o processo de decisão, o que não ocorre quando fica sob a responsabilidade exclusiva do gestor.

Esses mitos, somados aos problemas existentes concernentes à participação apresentados ao longo desse texto, dão uma dimensão dos desafios presentes para serem superados nos próximos anos. Os autores que tratam sobre participação social em saúde já indicam alguns caminhos que são necessários para que os espaços de controle social e participação popular sejam, de fato, espaços de democracia participativa.

Na vigência do governo do Presidente Lula houve um incentivo à participação popular com predomínio da inserção da sociedade no aparelho do Estado para garantir as demandas sociais. A ambiguidade instalada nesse contexto é resultante da identidade e proximidade política entre o governo e a maioria dos movimentos sociais, o que aumentou a "disciplina" e regulação destes, prevalecendo os interesses partidários em detrimento das demandas sociais.

Ao analisar a última década, Chico de Oliveira afirma que ocorreu o aumento da autonomia do capital, "retirando às classes trabalhadoras e à política qualquer possibilidade de diminuir a desigualdade social e aumentar a participação democrática". A metáfora que o autor usou para definir e comparar os últimos governos sintetiza sua opinião: "Se FHC destruiu os músculos do Estado para implementar o projeto privatista, Lula destrói os músculos da sociedade, que já não se opõe às medidas de desregulamentação".

O intenso debate sobre a saúde na sociedade e sua expressão significativa nos órgãos executivos, nos parlamentos e até nos tribunais, ainda não foi suficiente para absorver a real importância da saúde na vida das pessoas, e vem comprometer a força do mercado no setor. Ainda não foi solucionada, de maneira definitiva, a construção de um sistema de atenção à saúde abrangente, confiável, baseado na determinação social da saúde, com custos compatíveis com a capacidade de financiamento da sociedade brasileira. Ainda não foram instituídas as bases de uma regulação efetiva no setor público sobre o privado.

As análises sobre os processos passados e vindouros deverão ser agrupadas às perguntas sobre as possibilidades de resguardar os avanços obtidos e a inflexão do processo social e político que obstaculizou a plena implementação do SUS. A resposta a uma pergunta básica nesse contexto pode delinear com maior precisão as perspectivas futuras: quais são as mudanças que a sociedade brasileira necessita para afirmar a solidariedade e a emancipação como valores estruturantes?

Nessa perspectiva, é prudente relembrar que a articulação do processo saúde-doença, o modelo de atenção à saúde, deve se dar a partir do núcleo do problema, cuja solução exige estratégias que promovam a melhoria das condições de vida e saúde das populações em desvantagem ou em situação de iniquidade. Para isso, é essencial a diminuição das disparidades e desigualdades de saúde entre aqueles expostos à pobreza e demais circunstâncias de vulnerabilidades que são relacionadas às iniquidades.

Para traduzir em medidas concretas, políticas de redução das desigualdades e garantia do direito à saúde, os mecanismos de participação, controle e transparência na gestão pública devem ser fortalecidos. As instâncias de democracia direta e participativa, como a iniciativa popular legislativa, os orçamentos participativos, os conselhos de saúde, os conselhos gestores e os fóruns deliberativos, entre outros, deverão ser convocados à luta pelos direitos sociais que defendem a revisão de políticas macroeconômicas e que restringem a implementação plena das políticas sociais e o desenvolvimento social.

As ameaças à democracia são concretas e, muitas vezes, imperceptíveis porque nem sempre são provenientes de campos ideológicos conservadores e podem se manifestar até mesmo em ambientes considerados democráticos. É preciso reconhecer estas ameaças, estabelecendo permanentes atitudes e práticas para salvaguardar e fortalecer a democracia. O modelo ideal de democracia prima pela participação da sociedade nas decisões públicas, influenciando diretamente às instituições.

O modelo de democratização no Brasil já conta com instituições consolidadas, tais como o voto e o parlamento, reconhecidos como legítimos e necessários, mas também insuficientes. Conta também com as novas instituições e modalidades de participação que estão surgindo e que não se limitam às formas tradicionais da democracia representativa. Essas instituições inovadoras, que são a base de um projeto maior de consolidação de mecanismos de democracia participativa com atuação sobre a gestão de políticas públicas, aliadas às iniciativas autônomas de organização da sociedade, poderão servir de base para impulsionar um processo de maior mobilização e politização da sociedade na ampliação de seus direitos sociais.

9 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERS, R. N. & KECK, M. Representando a diversidade: estado, sociedade e "relações fecundas" nos conselhos gestores. **Caderno CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, abr. . 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2008. Doi: 10.1590/S0103-49792008000100008.

ABRANCHES, M. & AZEVEDO, S. de. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito? In: SANTOS JUNIOR, O. A. dos, RIBEIRO, L. C. de Q. & AZEVEDO, S. de (org.). **Governança democrática e poder local**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

ARENDT, H. **O que é Política?**. Editora Ursula Ludz. 6ª ed. — Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 240 p. 2006.

BAHIA, L. & al. A participação social e a construção do SUS: Anotações sobre as trajetórias dos Movimentos Sociais, e Proposições acerca dos Conselhos e Conferências de Saúde. In: Laboratório de Economia Política da Saúde/UFRJ. **Gestão Participativa em Saúde:** estudo e sistematização da produção acadêmica e das experiências de conselhos de saúde e conferências de saúde. UFRJ, 2006.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **LEI nº 8.142. de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial em 31 de Dezembro de 1990.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília. Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 280p. 1980.

BENEVIDES, M. V. de M. **Cidadania e Democracia.** Lua Nova. nº33. p. 5-16, 1994.

BONFIM, R. A atuação dos movimentos sociais na implantação e consolidação de políticas públicas. In: CARVALHO, M. C. e TEIXEIRA, A. C. Conselhos Gestores de Políticas Públicas. **Pólis**, n.37, p. 63-67, 2000.

CAMPOS, G. W.de. S. Sobre a Peleja dos Sujeitos da Reforma, ou a Reforma dos Sujeitos da Peleja. **Saúde e Sociedade**, 1(2) 79-85, 1992.

CAMPOS, G. W.de. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (2):301-306, 2007.

CARVALHO, A. L. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia:** a luta do CEBES. Rio de Janeiro: Lemos Editorial, p. 93-111, 1997.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção de Saúde: Sujeito e Mudança.** 2ª edição — São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CEBES. A Questão Democrática da Saúde, In: FLEURY, S., BAHIA, L. & AMARANTE, P. (orgs). **Saúde em Debate:** Fundamentos da Reforma Sanitária. CEBES. Rio de Janeiro: 232 p. 2008.

CONASEMS, documento. **Participação Social no SUS: O Olhar da Gestão Municipal.** Disponível em http://www.conasems.org.br/files/cartilha_participacao_social_setembro.pdf. Acessado em 25 de junho de 2011.

CORTES, S. M. V. Balanço de Experiências de Controle Social, Para Além dos Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: Construindo a Possibilidade de Participação dos Usuários. In: **Conferência Nacional de Saúde**, 11, 2000. Brasília. Cadernos de textos. Brasília.

CORTES, S. M. V. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JUNIOR, O. A. dos, RIBEIRO, L. C. de Q., AZEVEDO, S. de (Orgs). **Governança democrática e poder local**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

CORTES, S. M. V. et & al. Conselho Nacional de Saúde: Histórico, Papel Institucional e Atores Estatais e Societais. In: CORTES, S. M. V. (Org) **A participação e Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

COSTA, A., BAHIA L., MODESTO, A. A. D. **Health and Social Determinants in BRazil: A study on the influence of Public Participation on the Formulation of the Expanded Concept of Health and Liberating Practices.** 2007 (pdf). Available from: Http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_public_participation_bra.pdf.

DAGNINO, E. Sociedade Civil, participação e Cidadania: do que estamos falando? In: Daniel Mato (Org). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil em tiempos de globalización.** Caracas, Venezuela: FaCES, Universidad Central da Venezuela, 2004.

DAVID, C. T. N. de. **Representantes e representados: relação entre conselheiros, usuários, suas entidades e espaços descentralizados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.** Dissertação (Mestrado). UFRGS, RS. 2005.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 1998.

FERRAZ, M. A. dos S. A década neoliberal e a crise dos sindicatos no Brasil. Adalberto Moreira Cardoso (resenha). **Plural**. Sociologia. USP. São Paulo, 10: 229-232, 2º semestre, 2003.

FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira: Dilemas entre o Instituinte e o Instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (3):743-752. 2009.

GAZETA, A. P. **Democracia e participação Social:** a experiência dos Conselhos Municipais de Saúde no interior de São Paulo. 2005. Disponível em http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000375873. Unicamp. Campinas, SP.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa:** um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

GOHN, M. **Conselhos Gestores e participação sociopolítica.** São Paulo. Cortez, 2003.

LAMOUNIER, B. MENEGUELLO, R. **Partidos Políticos e Consolidação democrática:** o Caso Brasileiro. São Paulo. Brasiliense, 134 p. 1986.

LIPORONI, A. A. R. C. **O conselho municipal de saúde de Franca:** estudo sobre a participação e o controle social. Dissertação (Mestrado) em Saúde da Comunidade. USP, SP, 2006.

LÜCHMANN, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, São Paulo, n. 70. (2007). 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452007000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2008. doi: 10.1590/S0102-64452007000100007.

LÜCHMANN, L. H. H. Participação e representação nos conselhos gestores e no Orçamento Participativo. **Cadernos do CRH** (UFBA), v. 21, p. 87-97, 2008.

MARQUES, E. C. & ARRETCHE, M. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. **Cadernos CRH**, Salvador, n. 39, p. 55-82, jul/dez. 2003.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil; Matizes da Utopia. **Physis**. Rev. de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [1]: 105-121, 2008.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma Política. **Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p.72-87, maio-ago, 2006.

MORONI, J. A. O Direito à Participação no Governo Lula. **Revista Saúde em Debate** (CEBES). Rio de Janeiro, v.29. nº71. Set/dez. 2005.

MÜLLER NETO, J. S. et al. Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 248-274, maio/dez. 2006.

OLIVEIRA, F. de. **Francisco de Oliveira diz que Lula é pior que FHC**. 2011. Disponível em: http://senilidadeseletivas.blogspot.com/2009/10/francisco-de-oliveira-diz-que-lula-e.html. Acesso em: 25 jun 2011.

POGREBINSCHI, T & SANTOS, F. M. **Entre representação e participação: as conferências nacionais e o experimentalismo democrático brasileiro**. Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ): Projeto Pensando o Direito da Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça (SAL/MJ) e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2010.

PUTNAM, Robert. **Comunidade e Democracia:** A experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro, FGV, 1999.

SANTOS, M. R. M. dos. A representação social no contexto da participação institucionalizada. O caso dos conselhos municipais do Rio de Janeiro. In: Santos Jr. O. Ribeiro, L. C.e Azevedo, S. (Org) **Governança democrática e poder local, a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan- Fase. 2004.

SANTOS W. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHUMPETER, J. **Capitalismo, Socialismo e Democracia.** Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1984.

SILVA, F.B; JACCOUD, L; BEGHIN, N. Políticas Sociais no Brasil: Participação Social, Conselhos e Parcerias. In Jaccoud L. (Org.) **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Cap_8-10.pdf

SILVEIRA, M. M. da. **Política de saúde no Brasil nos últimos 50 anos**. Conferência Pronunciada no Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara Federal, 1979.

TATAGIBA, L. F. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.) **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra. P. 47-104, 2002.

TATAGIBA, L. F. O papel do COMAS na política de assistência social em São Paulo. Assistência social: controle social e política pública. In: POLIS. **Assistência social:** controle social e política pública. São Paulo: Polis, 2007.

TATAGIBA, L. F. O papel do CMDCA na política de atendimento à criança e adolescente em São Paulo. POLIS. **Criança e Adolescente:** controle social e política pública. São Paulo: Polis, 2007.

TATAGIBA, L. F. ; TEIXEIRA, A. C. C. Democracia representativa y participativa: complementariedad o combinación subordinada? Reflexiones acerca de las instituciones participativas y La gestión pública em la ciudad de São Paulo (2000-2004). In: TATAGIBA, L; TEIXEIRA, A. C; CARVALHO, M. S. JARA, F. E de la; GERMAN, S. (Org.). **Contraloría y participación social em la gestión pública**. Caracas: Clad. v. 1, p. 15-60. (2007a).

TATAGIBA, L. F. ; TEIXEIRA, A. C. C. O papel do CMH na política de habitação em São Paulo. In: Instituto Pólis. **Habitação:** controle social e política pública. — São Paulo: Instituto Pólis, 2007. 120 p. — (Série Observatório dos direitos do cidadão. Acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo; 31) (2007b).

VIEIRA, N. A. **A representação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Campinas.** Dissertação Mestrado em Ciência Política. UNICAMP, Campinas, SP: [s. n.], 2010.